

Anna Rantanen

# HYKS-päivystysalueen hoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Klininen asiantuntija

Ensihoitaja YAMK

Opinnäytetyö

12.2.2015

Tekijä Otsikko  Sivumäärä Aika	Anna Rantanen HYKS-päivystysalueen hoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista 59 sivua + 4 liitettä
Tutkinto	Ensihoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kliininen asiantuntija
Ohjaaja	lehtori Antti Niemi
<p>Terveystenhuollon organisaatioiden turvallisuus rakentuu siitä, miten ihmiset käyttäytyvät eli millainen turvallisuuskulttuuri organisaatiossa on (Gaba 2005: 243 - 247). Kulttuuri merkitsee organisaatiolle samaa kuin mitä persoonallisuus merkitsee yksilölle. (Feng – Bobay – Weiss 2008: 310 - 317.) Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta (THL 2014a). Se tärkeä on osa hoidon laatua (STM 2009a). Vaaratapahtumien raportointia pidetään potilasturvallisuuden parantamisen kulmakivenä (Bergensadt ym. 2008.) ja tiimityö on lisäksi potilasturvallisuutta parantava tekijä (Hoppu – Niemi-Murola – Handolin 2014).</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista HYKS-päivystysalueella. Tutkimus tehtiin valmiin aineiston pohjalta, joka oli kerätty HUS:n Medisiinisessä tuloksyksikössä vuonna 2012 sekä koko HUS:ssa vuonna 2014 tehdyllä Potilasturvallisuuskulttuuri -kyselyllä. Potilasturvallisuuskulttuuri -kysely on tehty suomennetulla versiolla HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) -työkalusta. HSOPSC:llä voidaan arvioida organisaation potilasturvallisuuskulttuurin tilaa, vahvuuksia ja kehittämiskohteita. (THL 2013.) Opinnäytetyössä selvitettiin myös mahdollisesti tapahtuneita muutoksia tehden vertailua vuosien välillä. Tarkoituksena oli lisäksi selvittää tarkemmin kahden laajemman kokonaisuuden; tiimityön ja vaaratapahtumaraportoinnin, kanalta hoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli löytää mahdollisimman käytännönläheinen ja saavutettavissa oleva aihe tai näkökulma potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseksi päivystyspoliklinikan toimintaympäristössä. Keskeisinä johtopäätöksinä tutkimuksen tulosten perusteella oli, että näkemykset potilasturvallisuuskulttuurista olivat varsin kriittisiä yleisellä tasolla, vaikka potilasturvallisuuden taso arvioitiinkin tyypillisesti hyväksi. Arviot potilasturvallisuuden tasosta olivat pääsääntöisesti hieman parantuneet vuosien 2012 ja 2014 välillä. Tiimityön kokonaisuudessa tuloksissa oli tapahtunut tilastollisesti merkityksellistä muutosta positiivisempaan suuntaan. Vaaratapahtumaraportoinnin kokonaisuudessa suuntaa antavan tuloksen mukaan syyllistämättömään virheiden käsittelyyn tulisi kiinnittää erityistä huomiota, ja pyrkiä parantamaan sen suuntaa systeemilähtöisemmäksi.</p>	
Avainsanat	Potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri, HSOPSC -työkalu

Author Title Number of Pages Date	Anna Rantanen The views of the HUCH-emergency clinic nurses on the patient safety culture 59 pages + 4 appendices
Degree	Master of Healthcare
Degree Programme	Master's degree programme in Clinical expertise
Specialisation option	Clinical expertise
Instructor	Antti Niemi, Principal Lecturer
<p>The safety of the healthcare organisations is build upon people's behavior meaning what kind of safety culture is used in the organisation (Gaba 2005: 243 - 247). Culture is to an organisation what personality is to an individual. (Feng - Bobay - Weiss 2008: 310 -317.)</p> <p>Patient safety signifies the principles and actions of the individuals and organisations, which aim to ensure the safety of the care and to protect the patient from adverse effects. (THL 2014a). It is an important part of the quality of the care (STM 2009a). Reporting the adverse events is considered as the cornerstone of improving the patient safety (Bergens-stadt ym. 2008.) Teamwork is also seen to be an improving factor on patient safety (Hoppu - Niemi-Murola - Handolin 2014).</p> <p>The broad objective of this thesis was to describe nurses' views of the patient culture in the HUCH emergency area. The data in this research is from patient safety culture inquiries, which were carried out in the HUS Medical profit center in 2012 and in the entire HUS in 2014. The inquiry is a Finnish translation of the HSOPSC -tool (Hospital Survey on Patient Safety Culture). HSOPSC can be used in the evaluation of the current state, its strengths and development areas of its patient safety culture. (THL 2013.) Possible changes have been studied by comparing the data of different years. The aim was also to study the nurses' views of patient safety culture from two bigger aspects: teamwork and adverse event reporting.</p> <p>The second goal of this thesis was to find a practical and reachable topic or viewpoint for improving the patient safety culture in the environment of the emergency clinic. The main conclusions show that the views on patient safety culture were rather critical on a general level even though the level of the patient safety culture was typically rated as good. The evaluations of patient safety culture's quality had generally improved from 2012 to 2014. The results of teamwork show statistically relevant positive change. The results of adverse events reporting suggest that special attention should be paid to non-punitive response to errors and it should be based more on the system.</p>	
Keywords	Patient safety, patient safety culture, HSOPSC -tool

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Potilasturvallisuuskulttuuri	2
2.1	Turvallisuus	2
2.2	Turvallisuuskulttuuri	3
2.3	Potilasturvallisuus	4
2.4	Potilasturvallisuuskulttuuri	5
2.5	Vaaratapahtumat ja niiden raportointi osana potilasturvallisuuskulttuuria	8
2.6	Potilasturvallisuuden edistäminen, arviointi ja kehittäminen	9
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä tutkimustehtävät	13
4	HYKS Päivystys ja valvonta	14
4.1	Potilasturvallisuus HUS:ssa	16
4.2	Potilasturvallisuus HYKS-päivystysalueella	18
5	Aineiston keruu ja aineiston analyysi	19
5.1	HSOPSC -työkalu	19
5.2	Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi sekä tutkimukseen osallistujat	21
5.3	Aineiston muokkaus	23
6	Tutkimustulokset	25
6.1	Hoitajien näkemykset potilasturvallisuuskulttuurista ja siihen liittyvistä tekijöistä	28
6.2	Hoitajien näkemysten muutos potilasturvallisuuskulttuurista vuosien 2012 ja 2014 välillä	33
6.3	Hoitajien arviot tiimityöstä ja siihen liittyvistä tekijöistä potilasturvallisuuskulttuurissa	34
6.4	Hoitajien arviot vaaratapahtumaraportoinnista osana potilasturvallisuuskulttuuria	39

7	Pohdinta	45
7.1	Tulosten pohdinta	45
7.2	Työn luotettavuus ja eettiset kysymykset	50
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	53
	Lähteet	55

Liitteet:

Liite 1. Tiedonhakuprosessit 1. ja 2.

Liite 2. Tutkimuslupa 2012

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Potilasturvallisuuskulttuuri -kyselylomake

## 1 Johdanto

Terveysthuollon organisaatioiden turvallisuus rakentuu siitä, miten ihmiset käyttäytyvät eli millainen turvallisuuskulttuuri organisaatiossa on (Gaba 2005: 243 - 247). Vaaratapahtumien raportointia pidetään potilasturvallisuuden parantamisen kulmakivenä. On tärkeää tutkiskella mitä turvallisuusriskejä ja puutteita terveydenhuollon järjestelmästä paljastuu, jotta niistä voidaan oppia ja mahdollisesti estää vastaavia tapahtumasta jatkossa. (Bergenstadt ym. 2008.)

Terveysthuoltolaissa (1326/2010, 8 §) määritellään, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveysthuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveysthuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen.

Helsingin ja Uudenmaan (HUS) sairaanhoitopiirissä käynnistetyn potilasturvallisuustyön tavoitteena on HUS:n arvojen mukaisesti tuottaa potilaille laadukasta, oikea-aikaista, turvallista ja asiakaslähtöistä palvelua ja hoitoa sekä edistää potilasturvallisuuden kehittämistä. HUS-alueella ei ole aikaisemmin tehty potilasturvallisuuskulttuurin tutkimusta. Itä-Suomen yliopiston aikaisempien tutkimusten mukaan potilasturvallisuuskulttuurin tilaa arvioimalla voidaan tehdä päätelmiä tarvittavista interventioista potilasturvallisuuden parantamiseksi. (Turunen – Nieminen – Huttunen 2012.)

HUS:n medisiinisessä tulostyksikössä keväällä 2012 tehdyllä potilasturvallisuuskulttuuri-kyselyllä selvitettiin medisiinisen tulostyksikön henkilökunnan näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Sama kysely toteutettiin uudelleen koko HUS:ssa vuonna 2014. Kyselyiden tuloksia on jatkossa tarkoitus hyödyntää potilasturvallisuuden kehittämistyössä. Potilasturvallisuuskulttuuri -kysely on tehty suomennetulla versiolla HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) -työkalusta. Työkalun on kehittänyt amerikkalainen Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). HSOPSC:llä voidaan arvioida organisaation potilasturvallisuuskulttuurin tilaa, vahvuuksia ja kehittämiskohteita. (THL 2013.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista. Tulosten analysointi rajataan koskemaan ainoastaan HUS:n medisiinisen tulosityksikön, Päivystys ja valvonnan klinikkaryhmään kuuluvia HYKS:n (Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala) päivystyspoliklinikoita. Työn tavoitteena on löytää käytännönläheinen ja saavutettavissa oleva näkökulma tai aihe potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseksi päivystyspoliklinikan toimintaympäristössä.

## **2 Potilasturvallisuuskulttuuri**

Tässä opinnäytetyössä keskeisiä käsitteitä ovat potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri, HSOPSC -työkalu, potilasturvallisuuden arviointi ja kehittäminen sekä vaaratapahtumat ja niiden raportointi. Potilasturvallisuuskulttuurikäsitettä tarkastellaan ensin erottelemalla yhdyssanan eri osat itsenäisiksi käsitteikseen. Käsitteitä ja niiden suhteita on yhteenvedonomaaisesti havainnollistettu kuviossa 1.

### **2.1 Turvallisuus**

Turvallisuus on käsitteenä moniselitteinen, ja sitä voidaan tarkastella laajan tai kapean turvallisuuskäsityksen mukaan. Yleisesti turvallisuuden voidaan sanoa merkitsevän vapautta uhkista tai kykyä puolustautua niitä vastaan. Käsitettä voidaan tarkastella kysymällä ketä/mitä turvataan, keneltä/miltä turvataan ja miten turvataan. Turvallisuudesta voidaan puhua niin maailmanlaajuisella, alueellisella, valtiollisena, ryhmä- kuin yksilötasollakin sekä tarkastella mm. sotilaallisista, taloudellisista, poliittisista, ympäristöllisistä, sosiaalisista lähtökohdista. (Eskola 2008.) Toisaalta ulkoministeriön kehitysviestinnän julkaisussa (2009) valtioiden turvallisuuden rinnalle on tullut yhteisöllisen ja inhimillisen turvallisuuden ulottuvuudet. Inhimillinen turvallisuus voidaan jakaa talousturvallisuuteen, ruokaturvallisuuteen, terveysturvallisuuteen, ympäristöturvallisuuteen, henkilökohtaiseen turvallisuuteen, yhteisöturvallisuuteen ja poliittiseen turvallisuuteen. Eskolan (2008) mukaan käsityksemme turvallisuudesta on rakentunut hyvin pitkän ajan kuluessa ja erilaisten ajattelutapojen ohjaamana, joten on turhaa pyrkiä asettamaan turvallisuuden käsitettä mihinkään jähmeään muottiin - turvallisuus muuttuu muuttuvan maailman mukana.

## 2.2 Turvallisuuskulttuuri

Käsitteellä kulttuuri tarkoitetaan yhteisön henkisten ja aineellisten saavutusten kokonaisuutta, ajattelu- ja toimintatapojen kehittyneisyyttä sekä vakiintuneita toimintatapoja. Lisäksi kulttuuri määritellään jaettujen asenteiden, arvojen, tavoitteiden ja käytäntöjen kokoelmaksi, joka on luonteenomainen instituutiolle, organisaatiolle tai ihmisryhmälle. (Suomisanakirja 2013.) Kulttuuri merkitsee organisaatiolle samaa kuin mitä persoonallisuus merkitsee yksilölle. Turvallisuuskulttuuri ilmeni ensimmäisen kerran Tshernobylin ydinvoimalaonnettomuuden tutkimusraportissa vuonna 1988, ja on sen jälkeen maailmanlaajuisesti saavuttanut asemansa käsitteenä useilla, etenkin korkean riskin toimialoilla. (Feng – Bobay – Weiss 2008: 310 - 317.)

Reiman, Pietikäinen ja Oedewald ovat tarkastelleet turvallisuuskulttuuri -käsitettä VTT:n julkaisussa 2008. He toteavat, että olemukseltaan turvallisuuskulttuuri on organisaation kykyä ja tahtoa ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä, sekä kykyä ja tahtoa toimia turvallisesti, ehkäistä vaarojen toteutumista ja edistää turvallisuutta. Reimanin ym. laaja kirjallisuuskatsaus selvittää turvallisuuskulttuurin olemusta eri turvallisuuskritisillä toimialoilla, kuten ydinvoimateollisuudessa ja terveydenhuollossa nimenomaan organisaation näkökulmasta. Heidän mukaansa hyvässä turvallisuuskulttuurissa on kyse ensisijaisesti siitä, että turvallisuudesta välitetään aidosti, toimintaan liittyviä vaaroja pyritään ymmärtämään ja ennakoimaan ja turvallisuus ymmärretään kokonaisvaltaisesti. Yhtä tärkeää kuin vaarojen ja turvallisuuden ymmärtäminen, on myös se, että turvallisuuden kehittämisestä koetaan vastuuta ja siihen koetaan voitavan vaikuttaa. Tärkeää hyvässä turvallisuuskulttuurissa on se, että perustyötä ja työn kohdetta ymmärretään ja hallitaan. VTT:n (2008) julkaisussa todetaan, että turvallisuuskulttuuri voidaan nähdä monitasoisena ilmiönä. Siinä yhdistyvät henkilöstön kokemukset ja näkemykset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt ja organisaation toimintaprosessit.

Turvallisuuskulttuuri on tulos yksilöiden ja ryhmien arvoista, asenteista, käsityksistä, valmiuksista ja toiminnoista, jotka määrittävät sitoutumisen organisaation turvallisuussuunnitelmiin. Vaikka ei välttämättä ole vaikeaa sanallisesti määritellä turvallisuuskulttuuria, on vaikeampaa varsinaisesti tietää ja ymmärtää niitä ominaisuuksia, jotka määrittelevät turvallisuuskulttuurin ja sen osallisuuden sekä vaikutukset organisaatiossa (Sammer – Lykens – Singh – Mains – Lackan 2010: 156 - 165.) Turvallisuuskulttuuri on



Sammerin ym. mukaan monimutkainen ilmiö, joka ei aina ole täysin yksiselitteisesti sairaalan johdon ymmärryksessä, tehden sen täten vaikeaksi panna täytäntöön. Niin ikään johtajuuden puutteen on katsottu olevan esteenä turvalliselle kulttuurille.

### 2.3 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on tärkeä kysymys terveydenhuollon organisaatioille maailmanlaajuisesti (Feng ym. 2008: 310). Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (THL 2014a.) Terveydenhuollon lainsäädännön edellyttämänä kaiken toiminnan on oltava ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin sekä toimintatapoihin perustuvaa, laadukasta ja turvallista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b: 15).

Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a: 44). Se voidaan jakaa osa-alueisiin moni eri tavoin, mutta tyypillisesti se jaetaan hoidon turvallisuuteen, lääkehoidon turvallisuuteen ja lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuuteen (THL 2014a; HUS 2012a). Potilasturvallisuuteen on kiinnitettävä erityistä huomiota hoidon porrastuksen rajapinnoissa, hoitokokonaisuuden tiedonkulussa sekä organisaatiouudistusten ja uuden teknologian ja hoitokäytäntöjen käyttöönoton yhteydessä (STM 2009a: 81). Kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta ja sen edellytyksistä toimintayksiköissä on organisaation johdolla, eikä tätä vastuuta voi delegoida. Kaikki toiminta ja työolosuhteet, kuten riittävä henkilökuntamäärä ja työntekijöiden osaaminen, tulee varmistaa sellaisiksi, että potilaan hoito voidaan toteuttaa turvallisesti (STM 2009b: 14).

Esimiesten on oltava jatkuvasti ajan tasalla potilasturvallisuuden tilasta. Potilasturvallisuus tulee ottaa keskeiseksi näkökulmaksi toiminta- ja taloussuunnitelmassa ja päätökset tulee arvioida aina potilasturvallisuusnäkökulmasta. Johdon tulee nimetä henkilö tai henkilöt koordinoimaan potilasturvallisuustyötä toimintayksiköissä. Lisäksi potilasturvallisuus on sisällytettävä peruskoulutuksen lisäksi henkilöstön perehdytykseen, jatko- ja täydennyskoulutukseen sekä otettava huomioon opiskelijaohjauksessa. (STM 2009a: 42 - 45, 78; STM 2009b: 15 - 16.)

Institute of Medicine (IOM) on raportissaan 2004 listannut viisi potilasturvallisuuden ongelmakohtaa: 1) toimintayksikön arvojen epäselvyys, 2) virheistä rankaisemisen pelko, 3) systemaattisen vahinkoanalyysin puute, 4) työn monimutkaisuus ja 5) riittämätön tiimityö (Kalisch – Aebersold 2006). Kalisch ja Aebersold esittävät artikkelissaan keinoja, joilla puuttua näihin ongelmakohtiin. Niitä ovat arvojen selkiyttäminen, rohkaiseminen ja palkitseminen vaaratapahtumien raportoinnissa, johdonmukainen vaaratapahtumien analysointi ja varautuminen odottamattomaan, työn yksinkertaistaminen ja keskeytysten minimointi, sitoutuminen joustavuuteen, rohkaiseminen asiantuntijuuden kunnioittamiseen sekä tiimityön edistäminen ja tukeminen. IOM:n raportissa ”Keeping patients safe – Transforming the Work Environment of Nurses” hoitajien ja muun avustavan henkilökunnan todetaan olevan keskeisessä roolissa sekä vaaratapahtumien synnyssä että niiden estämisessä (IOM 2004: 25 - 30). Raportti kokonaisuudessaan esittelee kuinka hoitajien työympäristö tulisi suunnitella, jotta hoitajat pystyisivät tarjoamaan potilasturvallisempaa hoitoa, ja se perustuu aiempaan IOM:n raporttiin ”To err is Human”.

Lääketieteellisen Aikakauskirja Duodecimin artikkelissa ”Hoidon vaikuttavuus on tärkein osa potilasturvallisuutta” Roine ja Kaila (2014: 1740 - 1741) kirjoittavat hoidon vaikuttavuuden olevan potilasturvallisuuden tärkein osatekijä. Heidän mukaansa hoito, joka ei ole vaikuttavaa, ei voi myöskään olla turvallista. Perusteluna he esittävät väitteelleen sen, että potilas altistuu tarpeettomasti hoidon mahdollisille haitoille, ilman että hän voi edes teoriassa hyötyä hoidosta. Artikkelissaan Roine ja Kaila (2014) toteavat, yhtenevästi monen muun lähteen kanssa, että Suomi on potilasturvallisuusasioissa monia muita länsimaita jäljessä, ja alaan liittyvää tutkimusta on Suomessa tehty toistaiseksi verraten vähän. Suomessa on kuitenkin käytettävissä tietolähteitä, joiden tietoja yhdistämällä voidaan tuottaa nopeastikin tärkeää vertailutietoa erilaisista potilasturvallisuuteen liittyvistä mittareista eri yksiköissä. Roine ja Kaila (2014) esittävät, että erilaisten rekisterien tietojen järjestelmällisen analysoinnin ja vertailutiedon avoimen ja syylistämättömän raportoinnin tulisi muodostaa pohja vaikuttavuus- ja potilasturvallisuustutkimukselle.

## 2.4 Potilasturvallisuuskulttuuri

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2009 suomalaisen potilasturvallisuusstrategian 2009 - 2013, jonka tarkoituksena on ohjata sosiaali- ja terveydenhuoltoa

yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin sekä vakiinnuttaa potilasturvallisuuden edistämisen rakenteita ja menetelmiä. Strategiassa määritellään potilasturvallisuuskulttuurin olevan potilaiden turvallista hoitoa edistävä systemaattinen toimintatapa, sitä tukeva johtaminen, arvot ja asenteet sisältäen riskien arvioinnin, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuvan kehittämisen (STM 2009a: 20). Terveystieteiden tutkimuksessa potilasturvallisuuskulttuuri on olennainen osa hoidon laatua. Sillä voidaan ehkäistä ja/tai vähentää hoitovirheitä. Potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu riskien ja haittatapah- tumien ennakointi ja arviointi etukäteen. (THL 2013.)

Mukaillen Reimania, Pietikäistä ja Oedewaldia (2009) potilasturvallisuutta edistävissä kulttuurissa turvallisuus on aito arvo, joka otetaan huomioon päätöksenteossa ja päivittäisessä toiminnassa. Keskeistä on, että ymmärretään potilasturvallisuuden rakentuvan useista eri tekijöistä ja toimijoista eikä pelkästään yksittäisten henkilöiden työstä. Heidän mukaansa potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu myös se, että toimintayksikössä ollaan tietoisia toiminnan epävarmuuksista ja valppaita riskejä kohtaan.

Sammerin ym. (2009) tekemän laajan, ensisijaisten rajausten jälkeen yli 200 julkaisua sisältäneen kirjallisuuskatsauksen löydöksenä tunnistettiin seitsemän alakohtaa määrit- telemään potilasturvallisuuskulttuuria. Näitä olivat: 1) johtajuus, 2) tiimityö, 3) näyttöön- perustuva, 4) kommunikaatio, 5) oppiminen, 6) oikeudenmukaisuus ja 7) potilaskes- keisyys.

Sammerin ym. (2009) mukaan turvallinen kulttuuri alkaa johtajuudesta. Kirjallisuuden kautta yleiseksi teemaksi nousi sitoutunut ylempi johto, jonka rooli on avainasemassa suunniteltaessa, edistäessä ja vaaliessa sekä menestyksellisesti kehitettäessä potilas- turvallisuuskulttuuria. Vaikka vahva johtajuus yleisesti määritelläänkin kriittisesti tärke- äksi tekijäksi organisaation turvallisuuskulttuurissa, ei ole olemassa selkeitä vastauk- sia, miten johtajuutta voisi kehittää turvallisen kulttuurin varmistamiseksi.

Jatkuvasti lisääntyvien ja haastavampien tauti- ja hoitomuotojen, sekä kasvavan lääkin- tätekniikan vuoksi tiimityön menetelmiin ja yhteistyöhön hoitoon osallistuvien kesken vaaditaan entistä enemmän ponnisteluja laaja-alaisen potilasturvallisuuskulttuurin saa- vuttamiseksi. Sammerin ym. (2009) kirjallisuuskatsauksen mukaan toisena alakohtana oleva tiimityö vaatii mm. ryhmäytymistä, sekä keskinäistä että asiantuntijuuden kunnioi-

tusta, hierarkisuuden alentamista, monitieteellisyyttä, valmiutta sopeutumiseen ja joustavuuteen sekä toinen toistensa tukena olemista ja huolehtimista.

Näyttöönperustuvaa toimintaa toteuttavassa terveydenhuollossa hyviksi havaitut käytännöt, standardoidut prosessit, protokollat, tarkistuslistat ja hoitosuositukset ovat Sammerin ym. (2009) kirjallisuuskatsauksen kolmantena alakohtana osa potilasturvallisuuskulttuuria. Kommunikaatio on olennainen osatekijä ja nimetty kirjallisuuskatsauksessa neljänneksi alakohdaksi. Assertiivinen ja strukturoitu puhetapa, kohdennettu kommunikaatio, tilannekatsaukset ja niin sanonut "time-outit" hoitotilanteissa sekä huomion kiinnittäminen potilaan luovutustilanteiden kommunikaatioon ja raportointiin ovat merkittäviä tekijöitä potilasturvallisuuskulttuurissa.

Oppimisen kulttuuri on nostettu viidenneksi alakohdaksi Sammerin ym. (2009) katsauksessa. Oppimista tapahtuu organisaation ja toimintayksiköiden sisällä virheistä oppimalla mm. vaaratapahtumaraportoinnin avulla, mutta myös ulkopuolelta ottamalla mallia muilta korkean turvallisuuden aloilta. Sairaalan toiminnan tulisi olla läpinäkyvää ja ajankohtaista raportoitaessa tunnistettuja turvallisuustekijöitä ja -mittareita, jolloin myös menestyksestä oppiminen ja benchmarkkaus mahdollistuu.

Oikeudenmukainen kulttuuri kuudentena alakohtana tarkoittaa rankaisematonta ja syylistämätöntä virheraportointi-ilmapiiriä, jossa yksilön vastuuvellisuuden vastakohtana on systeemiähtöinen näkökanta. Viimeiseksi alakohdaksi on tunnistettu potilaskeskeisyys. Kirjallisuuskatsauksen mukaan johtajien tehtävänä on sitouttaa potilaskeskeisyys ydinarvoksi haastamalla koko henkilökunta tekemään kaikkensa asettaakseen potilaan keskiöön ja tarjotakseen potilaalle esimerkillisen kokemuksen hyvästä hoidosta ja välittämisestä.

Feng ym. (2008) ovat tutkineet potilasturvallisuuskulttuurin käsitettä luodakseen selkeämmän ja kehittyneemmän määritelmän sille. He tutkivat moniulotteisen konseptianalyysin keinoin useita julkaisuja eri tietokannoista 1970-luvulta vuoteen 2006 asti. Konsensusena Feng, Bobay ja Weiss (2008) päätyivät siihen, että potilasturvallisuuskulttuuri on alakäsite organisaatiokulttuurille, joka on erityisesti vuorovaikutuksessa potilasturvallisuuden arvojen ja vakaumusten kanssa. Potilasturvallisuuskulttuuri jakaantuu heidän mukaansa neljään alasuuntaan tai näkökulmaan: systeemi-, inhimilliseen-, työ-

tehtävä-, ja vuorovaikutusnäkökulmaan, sekä kahteen filosofiseen perspektiiviin; toiminnalliseen ja tulkinnalliseen.

## 2.5 Vaaratapahtumat ja niiden raportointi osana potilasturvallisuuskulttuuria

Vaaratapahtumat jaetaan läheltä piti -tapahtumiin ja haittatapahtumiin. Läheltä piti -tapahtumissa potilaalle ei aiheudu haittaa, koska vaarallinen tilanne vältetään havaitsemalla turvallisuusuhka ajoissa, kun taas haittatapahtumissa potilaalle aiheutuu eriasainen, hoitoon kuulumaton potilas- tai lääkevahinko. Kaikki vaaratapahtumat tulisi raportoida asianmukaisesti. (STM 2009b; THL 2014a.) Suomessa yli 200:ssä sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä on käytössä HaiPro -järjestelmä vaaratapahtumien raportoinnissa. HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu, jossa raportointi perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. (HaiPro 2014.)

Yhdysvalloissa tehdyssä laajassa Institute of Medicinen tutkimuksessa ”To err is human: Building a safer healthcare system” (1999) todetaan haittatapahtumiin kuolevan 44 000 - 98 000 potilasta vuosittain. Suomessa tämä tarkoittaa 750 - 1500 hoidollisista haittatapahtumista johtuvaa kuolemaa. Tämä on keskimäärin kolme potilasta joka päivä. Lisäksi haittatapahtumista kertyy vuosittain noin 48 000 hoitopäivää lisää, mikä lisää kustannuksia huomattavasti. Tutkimuksien mukaan noin 10 % potilaista kokee hoitajaksonsa aikana hoidollisen haittatapahtuman. (Kinnunen – Peltomaa 2009; Helovuori – Kinnunen – Peltomaa – Pennanen 2011: 18 - 19.)

Yhteyttä henkilökunnan potilasturvallisuudesta tekemien havaintojen ja sattuneiden vaaratapahtumien välillä on tutkittu varsin vähän. Mardon, Khanna, Sorra, Dyer ja Famolaro (2010: 226 - 232) ovat tehneet vertailevaa tutkimusta kahdella eri AHRQ:n (Agency for Healthcare Research and Quality) mittarilla hypoteesinaan ”sairaaloilla, joilla on positiivisempi potilasturvallisuuskulttuuriin tila, on matalampi PSI-arvo” (PSI = Patient Safety Indicator, joka mittaa mm. postoperatiivisesti syntyneitä sepsiksiä, verenvuotoja, hengityskomplikaatioita tai sairaanhoidosta aiheutuneita infektioita). Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että positiivinen potilasturvallisuuskulttuuri oli yhteydessä pienempään vaaratapahtumien määrään sairaaloissa. Täten tulos vahvistaa sen, että potilasturvallisuuskulttuurin arvioinnilla on merkityksellistä näyttöä potilaiden turvallisuuden kannalta.

Yhteyttä potilasturvallisuuden ja vaaratapahtumien raportoinnin välillä on tutkittu Israelissa (Kagan – Barnoy 2013: 273 - 280). Tutkimus tehtiin strukturoidulla kyselykaavakkeella 247 hoitajalle (vastausprosentti 91 %) Tel Avivissa. Kolmiosainen kysely kartoitti lääkitysvirheitä ja niiden raportointia kliinisessä työssä, sekä vastaajien näkemyksiä ja käsityksiä työpaikan potilasturvallisuuskulttuurista organisaation, toimintayksikön ja yksilön näkökulmista. Tulokset osoittivat, että organisaation turvallisuusilmapiiri vaikuttaa valmiuteen raportoida vaaratapahtumista, ja että organisaation sekä yksikön johto voi merkittävästi vaikuttaa turvallisuuskulttuurin kehitykseen luomalla laatu- ja turvallisuusstrategian ja tukemalla työntekijöidensä motivaatiota kehittämisen implementointiin yksikkö- ja yksilötasolla. Kagan ja Barnoy (2013) huomauttavat, että positiivinen ja tarkoin suunniteltu organisaation turvallisuuskulttuuri voi rohkaista työntekijöitä vaaratapahtumien raportointiin ja siten parantaa potilasturvallisuutta.

## 2.6 Potilasturvallisuuden edistäminen, arviointi ja kehittäminen

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009a: 42 - 45) määrittelee potilasturvallisuuden edistämisen keskeiseksi terveydenhuollon toimintaperiaatteeksi sekä ammatillisuuden peruseriaatteeksi. Jokainen terveydenhuollon ammattihenkilö ja kukin ammattiryhmä vastaa potilasturvallisuudesta ja sitoutuu sen edistämiseen arvioimalla ja kehittämällä omaa työtään, osaamistaan ja toimintaansa turvallisemmaksi sekä soveltamalla tutkimustietoon ja kokemukseen perustuvia, yhtenäisiä käytäntöjä. Potilasturvallisuuden edistämiseen kuuluu olennaisesti syyllistämättömyyden periaate. Johdon vastuulla olevan laadun- ja riskienhallinnan toteuttamisen sekä vaaratapahtumien seurantatiedon hyödyntämisen tulee tapahtua aina systeemilähtöisesti, tiimien, koko organisaation ja palvelujärjestelmän kehittämiseksi. (STM 2009b: 15.)

Potilasturvallisuuden edistäminen on koko henkilökunnan ja terveydenhuollon toimijoiden asia, ei vain suoranaisesti potilaiden hoidossa toimivien. Terveydenhuollossa tulisi ottaa oppia muilta turvallisuuskriittisiltä aloilta, kuten ydinvoimateollisuudesta ja ilmailusta, joiden käytäntöjä voidaan hyvin soveltaa terveydenhuollossakin. Tästä huolimatta tietoa tulee kartuttaa myös oman potilasturvallisuustutkimuksen kautta. (STM 2009b: 18). Ministeriön asettama Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä on laatinut potilasturvallisuuden edistämisen ja tutkimisen työkaluja sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden käyttöön (STM 2009a: 44).

Hoppu, Niemi-Murola ja Handolin (2014) toteavat artikkelissaan, että tiimityö on potilasturvallisuutta parantava tekijä. Toisaalta tiimityön puutteiden on myös todettu olevan vaaratapahtumien syynä. Artikkelin mukaan tutkimuksissa on viitteitä siitä, että henkilökunnan turvallisuutta edistävää tiimityöskentelyä koskevilla asenteilla ja tiimin johtamistavoilla on yhteyttä potilaan hoidon laatuun ja turvallisuuteen. Hoppu, Niemi-Murola ja Handolin (2014) ovat tarkastelleet simulaatio-opetuksen vaikutusta tiimityöhön ja sitä kautta potilasturvallisuuden parantamiseen. Tässä yhteydessä näiden oppimistulosten pysyvyys on kiinni terveydenhuollon organisaation johdon tuesta. Akuuttitilanteiden potilasturvallisuuden parantaminen, mitä simulaatio-oppiminen tukee vahvasti, on jatkuvaa laadunparannustyötä. (Hoppu, Niemi-Murola ja Handolin 2014: 1744, 1747.)

Jones, Podila ja Powers (2013: 194 - 200) ovat tutkineet tiimityöharjoittelun vaikutusta henkilökunnan käsityksiin potilasturvallisuuskulttuurista päivystyspoliklinikalla. Vaaratapahtumien synnyn taustalla ovat usein syynä tiimin ongelmat kommunikaatiossa. Jones, Podila ja Powers selvittivät parantaako harjoittelu henkilökunnan käsityksiä potilasturvallisuuskulttuurista teettämällä Hospital Survey on Patient Safety Culture -kyselyn ennen ja jälkeen tiimityöharjoittelun. Johtopäätöksenä tutkimuksessa oli, että tiimityön harjoittelu voi johtaa positiivisempiin ja parempiin arvioihin potilasturvallisuuskulttuurista päivystyspoliklinikalla, kun 11 osa-alueella 12 osa-alueesta positiivisten prosenttien osuus kasvoi 9 %:lla.

Vaaratapahtumien raportointia pidetään potilasturvallisuuden parantamisen kulmakivenä. On muistettava, että vaaratapahtumaraportin analysointi vaatii yksittäistä kuvausta tarkempaa tutkimusta tapahtumasta, jotta saataisiin selville tapahtumaan johtaneet tekijät. On tärkeää tutkiskella mitä turvallisuusriskejä ja puutteita terveydenhuollon järjestelmästä paljastuu, jotta niistä voidaan oppia ja mahdollisesti estää vastaavia tapahtumasta jatkossa. (Bergenstadt ym. 2008.) Myös STM:n (2009a) raportin mukaan potilasturvallisuutta parannetaan riskien- ja laadunhallinnan avulla sekä seuraamalla ja analysoimalla vaaratapahtumia ajantasaisesti ja johdonmukaisesti. Tämä edellyttää asianmukaisia potilasasiakirjamerkintöjä ja vaaratapahtumien järjestelmällistä raportointia. Poikkeamista oppiminen perustuu avoimeen ilmapiiriin, syiden analysointiin syyllistämisen sijaan ja seurantatiedon käsittelyyn moniammatillisessa yhteistyössä. (STM 2009a: 43.)

Potilasturvallisuutta vahvistavaa työtä tehdään jatkuvasti kaikissa terveydenhuoltoalan yksiköissä kouluttamalla henkilökuntaa ja sujuvoittamalla hoitoprosesseja. Tutkimustietoon perustuva oikea-aikainen hoito on sellaisenaan yksi tärkeimmistä potilasturvallisuuden osatekijöistä. Organisaation kyky nähdä potilasturvallisuus osana organisaation toimintaa eikä ainoastaan yksittäisen työntekijän vastuulle jäävänä asiana on edellytyksenä potilasturvallisuuden kehittymiselle. (Kaila – Niemi-Murola – Kauppi 2014: 1739).

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2014b) on listannut Laatu ja potilasturvallisuus -verkkosivuillaan työkaluja potilasturvallisuuskulttuurin arviointiin. DISC-malli ja TUKU-turvallisuuskulttuurikysely ovat Suomessa kehitettyjä työkaluja. DISC-mallia (Design for Integrated Safety Culture) voidaan käyttää apuna kun organisaatiossa arvioidaan potilasturvallisuuskulttuuria, nykyisten potilasturvallisuustoimien kattavuutta ja oikeellisuutta sekä kehitetään turvallisuuskulttuuria. TUKU-turvallisuuskulttuurikyselyssä on työtä, potilasturvallisuutta sekä organisaation toimintaa koskevia väittämiä, joiden avulla on myös mahdollista arvioida organisaation potilasturvallisuuskulttuuria. Molemmat mallit on kehitetty Teknologian tutkimuskeskus VTT:llä. Näiden lisäksi THL:n (2014b) esittelemiin työkaluihin kuuluu Potilasturvallisuuskulttuurin arviointikysely (HSOPSC).

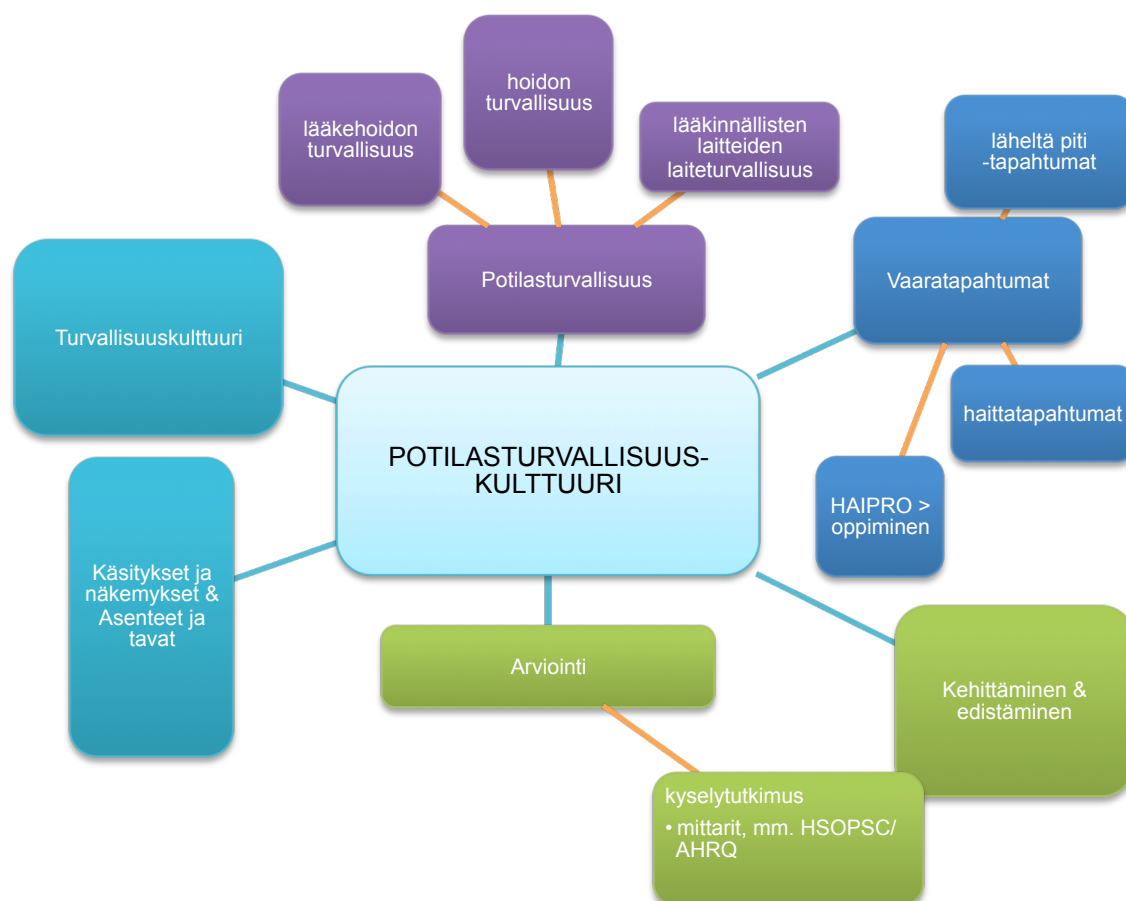
Euroopan komissio puolestaan suosittelee kolmea mittaria potilasturvallisuuskulttuurin arviointiin. Näitä ovat Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), josta on sairaalakyselyn lisäksi tehty versiot myös avohoitoon ja hoitokoteihin, Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSaF) sekä Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), jossa potilasturvallisuuskulttuuria arvioidaan kuudella eri osa-alueella; johtaminen, turvallisuusilmapiiri, työtyytyväisyys, tiimityö, työolosuhteet ja työn kuormittavuus. (Euroopan komissio 2012.)

Potilasturvallisuutta ja potilasturvallisuuskulttuuria on kansainvälisesti tutkittu jo varsin laaja-alaisesti. Jo pelkästään AHRQ:n Hospital Survey on Patient Safety Culture -mittarilla on tutkittu potilasturvallisuuskulttuurin tilaa useissa maissa kuten mm. Koreassa, Taiwanissa, Japanissa, Kiinassa, Intiassa, Saudi-Arabiassa, Libanonissa, Turkissa, Kroatiaassa, Italiassa, Portugalissa, Belgiassa, Norjassa ja Ruotsissa unohtamatta tietenkään alkuperämaata USA:ta. (Park – Lee – Choi 2011: 2129 - 2132; Chen – Li 2010; Ito ym. 2011: 1 - 7; Nie ym. 2014: 122; Patel – Wu 2014; Aboshaiqah – Baker 2013: 272 - 280; El-Jardali – Dimassi – Jamal – Jaafar – Hemadeh 2011: 1 - 12; Bodur – Emel 2010; Brborovic ym. 2014: 125 - 132; Bagnasco ym. 2011: 1188 - 95; Eiras –



Escoval, Monteiro Grillo – Silva-Fortes 2014: 111 - 122; Vlayen ym. 2013: 1 - 12; Olsen 2007: 2656 - 2660; Nordin – Wilde-Larsson – Nordström – Theander 2013: 41 - 50; Sorra – Nieva 2004.)

Taiwanissa ja Japanissa tehdyssä poikittaistutkimuksessa verrattiin HSOPSC -mittarin tietoja USA:ssa 2010 saatuihin tuloksiin tarkoituksena arvioida kulttuurin aiheuttamia eroavaisuuksia potilasturvallisuuskulttuurissa ja sen kehittämisessä. Tuloksena oli, että potilasturvallisuuskulttuuri eroaa eri maiden välillä ja kulttuuritausta tulisi ottaa erityiseen harkintaan kehitettäessä vaikuttavia interventioita potilasturvallisuuden parantamiseksi. Tutkimus suositteli tehtäväksi aina lisäselvityksiä, jotta metodologiaa sekä olemassaolevia käytäntöjä voidaan täsmällisesti verrata eri maiden välillä. (Fujita ym. 2013: 1 - 10.)



Kuvio 1. Potilasturvallisuuskulttuuriin liittyviä käsitteitä.

### 3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista HYKS-päivystysalueella vuosina 2012 ja 2014, sekä vertailla näiden kahden vuoden aikana mahdollisesti tapahtuneita muutoksia näkemyksissä potilasturvallisuuskulttuurista. Tarkoituksena on lisäksi selvittää tarkemmin kahden laajemman kokonaisuuden; tiimityön ja vaaratapahtumaraportoinnin, kannalta hoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista.

Opinnäytetyön tavoitteena on löytää mahdollisimman käytännönläheinen ja saavutettavissa oleva aihe tai näkökulma potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseksi päivystyspoliklinikan toimintaympäristössä, ja muodostaa siitä jatkokehittämisasiheita. Tästä syystä tutkimustehtäviksi yleisten näkemysten ja niiden muutosten lisäksi valikoituivat tiimityö ja vaaratapahtumat, jotka molemmat ovat käytännönläheisempiä ja kehittämisen näkökulmasta paremmin saavutettavissa olevia, kuin esimerkiksi johtamiseen tai organisaatioon liittyvät potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet. Opinnäytetyössä tiedostetaan, että johtamiseen liittyvät tekijät ovat potilasturvallisuuskulttuurin kannalta erittäin merkittävässä asemassa, mutta tarkoituksellisesti tässä työssä halutaan keskittyä potilasturvallisuuskulttuuriin tiimityön ja vaaratapahtumaraportoinnin näkökulmasta.

Tutkimustehtävät:

1. Mitä näkemyksiä HYKS-päivystysalueen hoitajilla on potilasturvallisuuskulttuurista ja siihen liittyvistä tekijöistä?
2. Miten HYKS-päivystysalueen hoitajien näkemykset ovat muuttuneet vuosien 2012 ja 2014 välillä?
3. Miten hoitajat arvioivat tiimityötä ja siihen liittyviä tekijöitä potilasturvallisuuskulttuurissa?
4. Miten hoitajat arvioivat vaaratapahtumaraportointia osana potilasturvallisuuskulttuuria?

## 4 HYKS Päivystys ja valvonta

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) jaetaan viiteen sairaanhoitoalueeseen, joista suurin on HYKS-sairaanhoitoalue. HYKS-sairaanhoitoalue muodostuu Helsingin ja Uudenmaan yliopistollisista sairaaloista, joita on 17 Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla. Lisäksi Hyksin vastuuseen kuuluu vaativan sekä hyvin harvinaisten tautien hoidon tarjoaminen Hyksin erityisvastuualueeseen (Ervaan) kuuluvien muiden sairaanhoitoalueiden ja myös koko Suomen potilaille.

Kliininen toiminta on tähän asti ollut hallinnollisesti jaettuna viideksi tulosityksiköksi, jotka ovat medisiininen, operatiivinen, naisten- ja lastentautien ja psykiatrian tulosityksiköt sekä sydän-keuhkokeskus. Medisiinisen tulosityksikön erikoisaloja ovat endokrinologia, gastroenterologia, ihotaudit ja allergologia, infektiosairaudet, nefrologia, neurologia, päivystys, reumatologia sekä yleissisätaudit ja geriatria. Hallinnollisesti tulosityksikkö jakaantuu kolmeen klinikkaryhmään: Päivystys ja valvonta -klinikkaryhmä, Tulehdusklinikkaryhmä ja Valtimoklinikkaryhmä. (HUS 2014a.) Meilahden, Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden päivystyspoliklinikat kuuluvat Medisiinisen tulosityksikköön, Päivystys ja valvonnan klinikkaryhmään (kuvio 2). Näistä kolmesta päivystyspoliklinikasta yhdessä käytetään tässä opinnäytetyössä nimitystä HYKS-päivystysalue.

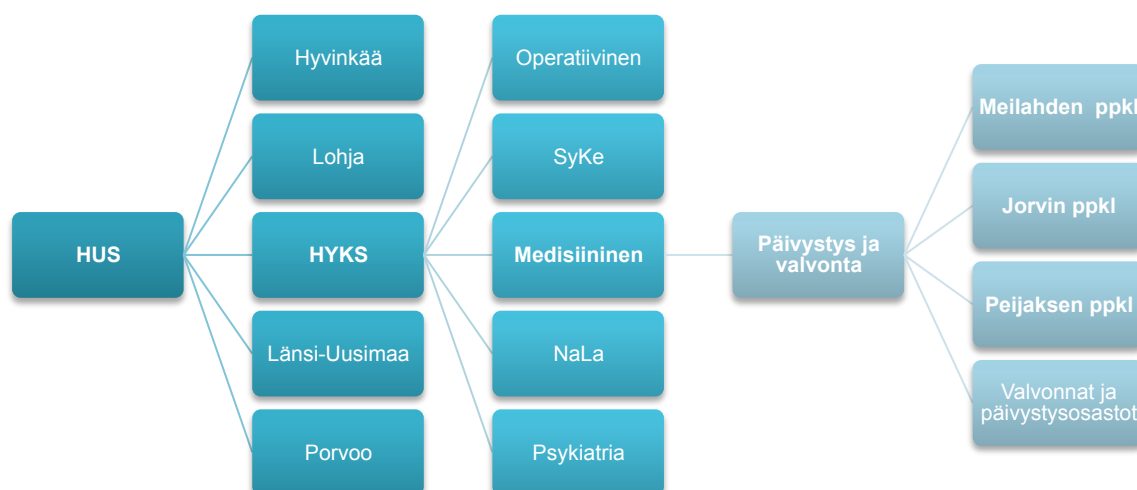
Meilahden sairaalan päivystyspoliklinikalle tullaan potilaaksi lääkärin läheteellä tai ambulanssilla ympäri vuorokauden. Päivystyksessä annetaan sisätautien, kirurgian ja neurologian erikoissairaanhoitoa ja tutkimuksia, 16 vuotta täyttäneille, äkillisesti sairastuneille aikuispotilaille. (HUS 2014b.) Meilahden päivystyspoliklinikalla työskentelee 73 sairaanhoitajaa, kolme perushoitajaa, viisi lääkintävahtimestaria sekä 11 osastonsihtööriä.

Jorvin sairaalassa on ympärivuorokautinen erikoissairaanhoidon päivystys. Erikoissairaanhoidon päivystykseen tullaan äkillisissä sairastapauksissa lääkärin läheteellä ja hätätapauksissa ilman lähetettä. Erikoissairaanhoidon päivystys on jaettu erikoisaloittain sisätautien-, kirurgian-, naistentautien- ja lastentautien päivystykseen. Arkisin virka-ajan jälkeen ja viikonloppuisin Espoon ja Kauniaisten terveyskeskuspäivystys on myös Jorvissa. Sen toiminnallinen vastuu on Espoon sosiaali- ja terveysvirastolla. (HUS 2014c.) Erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuspäivystyksen muodostama yhteis-

päivystys toimii yhteisellä hoitohenkilökunnalla, joista on 67 sairaanhoitajaa, kolme perushoitajaa, viisi lääkintävahtimetaria ja 11 osastonsihtööriä.

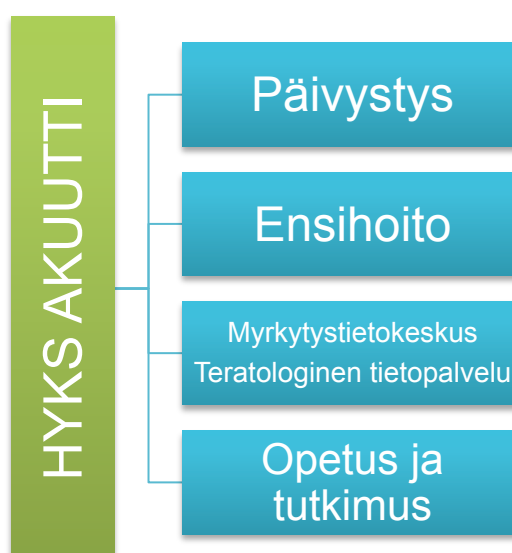
Peijaksen sairaalassa erikoissairaanhoidon päivystys vastaa vantaalaisten ja keravalaisten, yli 15-vuotiaiden potilaiden erikoissairaanhoidosta. Erikoissairaanhoidon päivystykseen edellytetään lääkärin lähetettä. Sairaanhoitajia on 44, yksi perushoitaja, kaksi lääkintävahtimestaria ja osastonsihteeirejä yhdeksän. Peijaksen päivystyspoliklinikalla toimii erikoissairaanhoidon päivystyksen lisäksi Vantaan kaupungin terveyskeskuspäivystys. (HUS 2014d). Yhteispäivystyksen terveyskeskuspuoli on Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystalveluiden alaista toimintaa, jonka palvelut kaupunki on ulkoistanut vuonna 2008 Attendo MedOne Oy:lle (Vantaan kaupunki 2012).

HYKS Päivystys ja valvonnan klinikkaryhmään kuuluu päivystyspoliklinikoiden lisäksi valvonta- ja päivystysosastoja Meilahdesta, Jorvista ja Peijaksesta (kuvio 2). Klinikkarvymässä on tavoitteena yhtenäistää ohjeita ja toimintamalleja, ja yhteistyötä tehdään klinikkaryhmän sisällä muun muassa koulutusten, erilaisten työryhmien sekä opetushoitajaverkoston avulla. Tässä opinnäytetyössä kuitenkin tarkastellaan potilasturvallisuuskulttuurikyselyn tuloksia vain HYKS:n päivystyspoliklinikoiden osalta.



Kuvio 2. HYKS Päivystys ja valvonta HUS-organisaatiossa vuoteen 2015 asti.

Mainittakoon, että parhaillaan meneillään oleva organisaatiomuutos HYKS:ssä aiheuttaa vuoden 2015 alusta muutoksia klinikkaryhmiin ja tulosityksiköihin. Päivystys, ensihoito sekä myrkytystietokeskus ja teratologinen tietopalvelu muodostavat yhdessä HYKS Akuutin (kuvio 3), jossa on edellä mainittujen lisäksi opetus- ja tutkimustoimintaa (Castrén ja Huttunen 2014).



Kuvio 3. HYKS AKUUTTI 2015 alkaen.

#### 4.1 Potilasturvallisuus HUS:ssa

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri valitsi kesällä 2012 ensimmäisen potilasturvallisuuspäällikkönsä. Terveydenhuoltolain velvoittamana, julkisen terveydenhuollon yksikkönä HUS on laatinut potilasturvallisuussuunnitelman sekä suunnitelman laadunhallinnan täytäntöönpanosta. Potilasturvallisuussuunnitelmaa on tarkoitus päivittää vuosittain ja sen perustana on HUS:n strategia ja arvopohja 2012 - 2016, joka antaa pohjan osaltaan koko potilasturvallisuustyölle. Tässä strategiassa mainitaan, että hyvä potilasturvallisuus edellyttää yhteistyötä eri toimijoiden välillä niin organisaation sisällä kuin alueellisella, kansallisella ja kansainväliselläkin tasolla. HUS haluaa olla potilasturvallisuustyön ja -tutkimuksen edelläkävijä Suomessa. (HUS 2012: 4; HUS 2014: 3 - 5.)

HUS:n potilasturvallisuussuunnitelmassa 2012 tarkastellaan potilasturvallisuutta kolmesta näkökulmasta: potilaan, ammattilaisen ja organisaation näkökulmasta. Potilaan roolia halutaan korostaa ja lisätä potilasturvallisuustyössä. Tavoitteena on turvata asia-

kaslähtöiset palvelut, sekä ottaa potilaan voimaannuttaminen keskiöön potilasturvallisuuden edistämiseksi. Ammatillaisen näkökulmasta keskeistä on potilaslähtöinen, moniammatillinen yhteistyö. HUS:ssa kaikki ammattiryhmät halutaan aktiivisesti mukaan hyvän potilasturvallisuuskulttuurin luomiseen. Organisaation kannalta merkittävää on huomioida potilasturvallisuus erityisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisillä rajapinnoilla. (HUS 2012: 5 - 6.) Uusin, päivitetty HUS:n potilasturvallisuussuunnitelma kattaa vuodet 2014 - 2015. Se on laaja ja perusteellinen teos, jossa entistä enemmän on kiinnitetty huomiota potilasturvallisuuden tutkimiseen ja mittaamiseen. Potilasturvallisuussuunnitelmassa 2014 todetaan, että HUS on päättänyt käyttää HSOPSC:tä koko sairaanhoitopiirin potilasturvallisuuskulttuurin mittaamiseen ja käyttää sitä apuna potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisessä. Lisäksi myös muita potilasturvallisuusindikaattoreita on käytössä HUS:ssa. (HUS 2014: 33, 26 - 37.)

Riskienhallinta on keskeinen osa järjestelmällistä potilasturvallisuuden kehittämistä. Keräämällä ja analysoimalla tietoa tekijöistä, jotka uhkaavat tai saattavat uhata potilasturvallisuutta, voidaan tunnistaa tapahtumaan liittyvät riskit ja määritellä riskienhallintaan vaadittavat toimet, joiden avulla riskien esiintyminen voidaan poistaa ja mahdolliset vaaratapahtumat voidaan ennaltaehkäistä. (HUS 2014: 7.) Varsinaisessa toiminnassa HaiPro -järjestelmä on keskeinen potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisen työväline. Kuten myös monista muistakin lähteistä on voinut havaita, niin myös HUS:n potilasturvallisuussuunnitelmassa todetaan, että potilasturvallisuustyön yhtenä haasteellisimmista tavoitteista on avoimen ja kannustavan, vaaratapahtumia käsiteltäessä syyllistämättömän ja rakentavan toimintakulttuurin luominen jokaiseen työyksikköön. (HUS 2012: 7.) Vapaaehtoinen vaaratapahtumien ilmoittamisjärjestelmä edistää potilasturvallisuuskulttuurin kehittymistä ja sen kautta saatuja ilmoituksia voidaan tarkastella potilasturvallisuuskulttuurin näkökulmasta. Uusimpaan potilasturvallisuussuunnitelmaan vaaratapahtumaraportoinnin kehittämistoimiksi on kirjattu mm. HaiPro:n tietojen entistä parempi hyödyntäminen sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnan ylittävä vaaratapahtumaraportointi. (HUS 2014: 13, 29 - 30.)

Vaikka näkyvä kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta on aina organisaation johdolla, vastaa jokainen potilaan hoitoon osallistuva silti omalta osaltaan siitä. HUS:n potilasturvallisuussuunnitelman (2012; 2014) mukaan potilasturvallisuuden johtaminen tarkoittaa esimiesasemassa olevilta henkilöiltä selkeää sitoutumista potilasturvallisuuden edistämiseen ja ymmärrystä siihen vaikuttavista tekijöistä. Lähiesimiehellä on merkittä-

vä rooli potilasturvallisuuden ylläpitämisessä ja edistämisessä, ja esimiehellä on keskeinen asema yksikön avoimen ja syyllistämättömän kulttuurin luomisessa. Turvallisiin tekoihin kannustava johtaminen luo positiivista potilasturvallisuuskulttuuria, ja järjestelmällinen ennaltaehkäisevä turvallisuustyö on tehokkainta.

#### 4.2 Potilasturvallisuus HYKS-päivystysalueella

Alati muuttuva, paljon sosiaalista vuorovaikutusta sisältävä sekä tilanteiltaan yllättävä ja stressaava ympäristö tekee päivystyspoliklinikasta ainutlaatuisen terveydenhuollon alakulttuurin (Person – Spiva – Hart 2013: 111). Potilasturvallisuustyö nousee päivystyksessä erityiseen asemaan juuri tästä syystä. HYKS-päivystysalueella potilasturvallisuustyötä tehdään HUS:n yleisen Potilasturvallisuussuunnitelman (2014) mukaisesti laiapäällikön, ylihoitajan, lähiesimiesten sekä opetushoitajien johdolla. HYKS:n päivystyspoliklinikoilla toimii yhteensä kaksi opetushoitajaa, jotka vastaavat mm. henkilökunnan perehdytyksestä ja koulutuksesta sekä osittain HaiPro-asioista. Koulutuksen suunnittelussa potilasturvallisuusnäkökulma otetaan mahdollisimman hyvin aina huomioon. Tästä esimerkkeinä ovat simulaatio- ja iSBAR-menetelmäkoulutus sekä potilasluokittelun laadun parantaminen kehittämällä triage-hoitajien koulutusta, joka oli myös kirjattu vuonna 2012 Potilasturvallisuussuunnitelmaan (HUS 2012: 20) kehittämisen painopistealueeksi. HaiPro-raporttien pohjalta käydään keskustelua potilasturvallisuuden liittyvistä asioista sekä tehdään muutoksia toimintaan tai työympäristöön turvallisuuden parantamiseksi. Yksittäisiä potilasturvallisuuteen vaikuttavia toimintatapoja tai työkaluja ovat erilaiset tarkistuslistat, kuten ilmatienhallinnan tarkistuslista, kriittisesti sairaan potilaan vastaanottamismalli sekä iSBAR-raportointimenetelmä. Näiden ja HUS:n yleisten potilasturvallisuuskoulutusten lisäksi HUS Yhtymähallinnon vuonna 2012 hankkima THL:n Potilasturvallisuutta taidolla -verkkokoulutus oli suositeltu koko henkilökunnalle suoritettavaksi. Tämä koulutuslisenssi umpeutui 31.12.2014. (HUS 2014: 23.) THL:n Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelman tavoitteena on, että potilasturvallisuuskulttuuri kehittyy terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattilaisten keskuudessa ja siten potilasturvallisuus paranee (THL 2014c).

## 5 Aineiston keruu ja aineiston analyysi

Vastaava kysely on aiemmin tehty Suomessa Itä-Suomen yliopiston Potilasturvallisuus-tutkimushankkeessa vuosina 2008 ja 2011 neljässä eri erikoissairaanhoidon sairaalassa (Turunen 2012). Potilasturvallisuuskulttuurikysely toteutettiin ensimmäisen kerran HUS:n medisiinisessä tulosityksikössä keväällä 2012 yhteistyössä Itä-Suomen yliopiston, HUS:n ja medisiinisen tulosityksikön potilasturvallisuudesta vastaavien henkilöiden kanssa. Vastaajien määrä vuonna 2012 Medisiinisessä tulosityksikössä oli 852 (N). Toisen kerran sama kysely tehtiin vuonna 2014 (N=5327), mutta tällä kertaa koko HUS-alueella, jolloin sitä pidetään koko organisaation kannalta ns. lähtötilamittauksena (HUS 2014: 33).

HUS:ssa potilasturvallisuuskulttuurikysely toteutettiin sähköisesti, strukturoidulla kyselylomakkeella, joka pohjautuu amerikkalaisen Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) mittariin Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Kyselyt lähetettiin keväällä 2012 kaikille HUS:n Medisiinisen tulosityksikön työntekijöille ja vuonna 2014 kaikille HUS:n työntekijöille sähköpostilla, ja niistä oli informoitu henkilökuntaa etukäteen. Kyselyihin vastaaminen oli täysin vapaaehtoista.

### 5.1 HSOPSC -työkalu

Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC tai HSPSC), potilasturvallisuuskulttuurin arviointikysely on työkalu, jolla voidaan arvioida organisaation potilasturvallisuuskulttuurin tila, vahvuudet ja kehittämiskohteet koko henkilöstön näkökulmasta. Perustana sille ovat kirjallisuuskatsaus, olemassa olevien mittareiden analyysi, sairaalahenkilöstön haastattelut sekä esitestaukset. Kysely lisää henkilöstön tietoisuutta potilasturvallisuudesta ja lisäksi mittarin avulla voidaan seurata muutoksia organisaation potilasturvallisuuskulttuurissa. Potilasturvallisuuskulttuurimittari on kansainvälisesti validoitu ja sen kehittänyt Agency for Healthcare Research and Quality tarjoaa vuosittain myös kansainvälisiä vertailutietoja potilasturvallisuuskulttuurista. (THL 2013.)

Kyselyyn kuuluu vastaajaan ja organisaatioon liittyviä taustatietokysymyksiä, 42 väittämää sekä yksi avoin kysymys. Väittämät, joita kartoitetaan 5-portaisella likertasteikolla (täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä) on jaettu 12 osa-alueeseen. Kysymykset koskevat esimerkiksi oman esimiehen toimintaa, kommunikointia, palautteen



antaa ja tiimityötä. (THL 2013; Turunen 2012: 25). Mittari on suomennettu ja mukautettu suomalaiseseen terveydenhuoltoon sopivaksi Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksella (Turunen 2012: 25). HSOPSC-mittarin suomennettu versio on sisällytetty osaksi eurooppalaista potilasturvallisuusmittareiden kehittämishanketta The European Network for Patient Safety (EUNetPaS) (STM 2009: 81).

HSOPSC -potilasturvallisuuskulttuurikyselyn 12 osa-aluetta, joihin eri väittämät on jaoteltu (3 - 4 väittämää/osa-alue) ovat seuraavat (AHQR 2014.):

- 1) Tiimityö työyksiköissä
- 2) Lähijohtajan odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi
- 3) Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa
- 4) Johdon tuki potilasturvallisuudelle
- 5) Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta
- 6) Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen
- 7) Kommunikaation avoimuus
- 8) Vaaratapahtumien raportointi
- 9) Yksiköiden välinen tiimityö
- 10) Henkilöstömitoitus
- 11) Työvuorojen vaihdot ja potilassiirrot
- 12) Syyllistämätön virheiden käsittely

Kyselyn osa-alueet ja väittämät voidaan myös jakaa yksikkötasolle, sairaala/organisaatiotasolle sekä lisäksi muutamiaan yksittäiseen tulostulokseen, joilla mitataan yleisesti ja numeerisesti tiettyjä asioita potilasturvallisuuskulttuurista (kuva 4) (AHQR 2014).

Yksikötaso	Sairaala/organisaatiotaso	Tulosmuuttujat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiimityö työyksiköissä</li> <li>• Lähijohtajan odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi</li> <li>• Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa</li> <li>• Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen</li> <li>• Kommunikaation avoimuus</li> <li>• Henkilöstömitoitus</li> <li>• Syyllistämätön virheiden käsittely</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Johdon tuki potilasturvallisuudelle</li> <li>• Yksiköiden välinen tiimityö</li> <li>• Työvuorojen vaihdot ja potilassiirrot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta</li> <li>• Vaaratapahtumien raportointi</li> <li>• Arvio potilasturvallisuuden tasosta (4-10)</li> <li>• Täytetyt vaaratapahtumaraportit viim. 12 kk aikana</li> </ul>

Kuvio 4. Kyselyn osa-alueet ja väittämät jaettuna eri tasoille.

Sorran ja Dyerin (2010) HSOPSC-mittarista tekemän psykometrisen analyysin tulokset tarjoavat kattavasti näytön siitä, että mittari on kaikilta osa-alueiltaan ja väittämiltään hyväksyttävä, ja antaa tutkijoille ja sairaaloille hyvän mahdollisuuden arvioida potilasturvallisuuskulttuuria monitasoisesti sekä yksilö-, yksikkö- että sairaalatasoilla. Kuitenkin vaikka HSOPSC -mittari onkin käännetty aina kohdemaan kielelle, ja testattu useissa tapauksissa etukäteen, todetaan joissakin tehdyissä tutkimuksissa, että kulttuurilliset ainutlaatuisuudet sekä eroavaisuudet USA:n ja kulloinkin tutkittavan maan välillä tulisi huolellisemmin ottaa huomioon. Niitä tulisi aina erikseen arvioida, kun mittari otetaan käyttöön eri kulttuuritaustaisissa maissa, kuten esimerkiksi Kiinassa. (Nie ym. 2014: 122.) Toisaalta esimerkiksi Japanissa tehty tutkimus mittarin soveltuvuudesta ja käyttökelpoisuudesta osoitti, että käännöksen jälkeen mittari säilyi lähes identtisenä alkupeiräiseen nähden ja sisäinen reliabiliteetti ja valideetti olivat hyväksyttäviä, joten mittari voitiin luotettavasti ottaa käyttöön Japanissa (Ito ym. 2011: 1 - 7).

## 5.2 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi sekä tutkimukseen osallistujat

Tutkimusaineisto on kerätty sähköisessä muodossa vuosina 2012 ja 2014 HUS:n toimesta. Tulokset on ensin koottu ja käsitelty HUS:ssa Microsoft Excel -taulukkolaskentaohjelmalla. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan ainoastaan tuloksia, joiden vastaajat sijoittuvat HYKS-päivystysalueelle. Molempien kyselyiden koko aineis-

ton tuloksista tehtiin rajausta poimimalla päivystysalueen tulokset erilleen päivystysten omilla kustannuspaikkakoodilla. Nämä kustannuspaikkakoodit pitävät sisällään vain hoitohenkilökuntaa sekä osastonsihteerejä. Kyselyiden muita yksiköjä koskevat aineistot on analysoitu ja tulokset on esitetty HUS:ssa (mm. Huttunen 2012).

Tässä opinnäytetyössä aineisto käsiteltiin ja analysoitiin SPSS Statistics 21.0 ja 22.0 tilastollisilla ohjelmilla. Aineisto analysoitiin kuvailevin, tilastollisin menetelmin. Vuosien 2012 ja 2014 välistä vertailua tehtiin ristiintaulukoimalla ja käyttämällä Khiin neliö - testiä. Kokonaisuuksien sisällä, samaa asteikkoa olevista väittämistä tehtiin summamuuttujia, joiden luotettavuutta tarkasteltiin Cronbachin alfalla. Kyselytutkimuksissa summamuuttujia käytetään usein asenneväittämiin saatujen vastausten yhdistämisessä. Ne mittaavat samaan aihealueeseen asennoitumista eli vastaajien mielipidettä tietyistä asiasta, ja niiden avulla voidaan tiivistää aineistoa (KvantiMOTV 2015). Summamuuttujilla saatuja osa-alueiden mediaaneja verrattiin toisiinsa Mann-Whitneyn U-testillä. Kyselyn vastaajien taustamuuttujat esitetään prosentteina sekä lukumäärinä taulukoissa. Kuvioiden pylväsdiagrammeissa olevat merkinnät ilmoittavat vastaajien lukumäärän kussakin luokassa.

Kyselyyn vastanneiden yleisnäkemyksen (tutkimustehtävä 1.) ja yleisellä tasolla vuosien 2012 ja 2014 välisen vertailun (tutkimustehtävä 2.) ohella hoitajien arviot potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista esitetään kahtena laajempana kokonaisuutena. Tutkimustehtäviin 3. ja 4. vastataan mukaillen Turusen (2012: 26, 37, 41) osa-alueiden jaottelua tiimityöstä ja vaaratapahtumaraportoinnista. Tiimityön kokonaisuuden väittämät on koottu neljän osa-alueen (tiimityöskentely työyksikössä, kommunikaation avoimuus, yksiköiden välinen tiimityö ja työvuorojen vaihdot ja potilassiirrot) alle (taulukko 6). Vaaratapahtumaraportointiin liittyvät väittämät on koottu niinkään neljän osa-alueen (oppi-minen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa, syylistämätön virheiden käsittely, palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen ja vaaratapahtumien raportointi) alle (taulukko 12). Johtamiseen liittyvät potilasturvallisuuskulttuurin arviot jätetään tässä yhteydessä esittämättä, kuten jo aiemmin on mainittu.

HSOPSC -mittariin kuului lisäksi yksi avoin kysymys: *”Ole hyvä ja kirjoita vapaasti kommentteja potilasturvallisuudesta, poikkeamista (virheet) ja niiden raportoinnista”*. Vuonna 2012 avoimen kysymyksen vastaukset oli tämän opinnäytetyön käyttöön saadusta aineistosta mahdollista poimia päivystysalueen osalta erilleen. Niitä oli yhteensä

12 ja ne käsittelivät pääsääntöisesti vaaratapahtumaraportointia. Vastaukset eivät tuolisarvoa tälle opinnäytetyölle, eikä niitä yksittäisen vastaajan tunnistamisen ehkäisemiseksi esitetä lainkaan. Vuoden 2014 saadussa aineistossa kaikki avoimen kysymyksen vastaukset oli niputettu yhteen, eikä niitä päivystysalueen osalta voitu eritellä.

### 5.3 Aineiston muokkaus

Alkuperäisessä kyselylomakkeessa osa mittarin väittämistä on kysymyksenasettelultaan kielteisiä ja osa myönteisiä. Arvoasteikon suunnan ollessa 1=täysin samaa mieltä/jatkuvasti ja 5=täysin eri mieltä/ei koskaan, oli väittämien tulokset jo aikaisemmin aineiston käsittelyvaiheessa HUS:n käyttöön käännetty valmiiksi toisinpäin, eli osoittamaan myönteistä suuntaa (mitä suurempi arvo, sitä positiivisempi tulos). Tässä opinnäytetyössä on käytetty niin sanotusti raakadataa, eli tulokset on käsitelty SPSS:ssä sellaisenaan, ei käännettyillä tulosten arvoilla. Tästä syystä positiivisuuden suunta vaihtelee riippuen väittämästä. Ainoastaan summamuuttujia varten joidenkin väittämien suuntaa muokattiin siten, että aina samassa summamuuttujassa on vain samaa suuntaa osoittavia väittämiä. Muokkaus tehtiin ainoastaan teknisistä syistä tilastollista ohjelmaa varten, eikä se vaikuta tuloksiin muutoin millään tapaa.

Vuoden 2012 kyselyn väittämistä yksi *”Henkilökunta ei rohkene kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein”* (1 =jatkuvasti, 2=usein, 3=joskus, 4=harvoin, 5= ei koskaan), oli vuonna 2014 jo lähtökohtaisesti kysymyksenasettelultaan käännetty muotoon *”Henkilökunta rohkenee kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein”* (1 =jatkuvasti, 2=usein, 3=joskus, 4=harvoin, 5= ei koskaan). Väittäjä kuuluu tiimityötä käsittelevän kokonaisuuden alle, kommunikaation avoimuus osa-alueeseen (taulukko 8). Koska tämä valmiiksi tehty muutos on voinut vaikuttaa eri lailla vastaajien ymmärrykseen väittämästä, ja näin ollen myös vastaamiseen, ei ko. väittämää oteta ollenkaan huomioon tämän opinnäytetyön tuloksissa.

Tulosten käsittelyvaiheessa paljastui vuoden 2012 tuloksista virhe vastaajien ammattinimikkeiden kohdalla. Tarkemmin määrittelemättömästä syystä päivystysalueen tulosten joukosta löytyi muita ammattinimikkeitä kuin eriasteinen hoitaja tai osastonsihtööri, vaikka muut ammattinimikkeet poimintaan valikoiduilla kustannuspaikkakodeilla ovat teoriassa mahdollisia. Kyselyssä kysyttiin ammattiryhmää, ja vastausvaihtoehdot olivat: 1) lääkäri, 2) lääkärijohtaja (esim. ylilääkäri), 3) hoitotyön johtaja (ylihoitaja, osas-

tonhoitaja), 4) sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 5) fysioterapeutti, röntgenhoitaja, laboratoriohoitaja, kuntoutusohjaaja, 7) perus/lähihoitaja, lääkintävahtimestari, 8) tutkimushenkilöstö, 9) toimistohenkilöstö (esim. osastonsihteeri) ja 10) muu, mikä. Vastaajan kustannuspaikkakoodi tallentuu automaattisesti vastatessa kyseilyyn. Täten päivystysalueen vastauksissa tulisi ammattiryhmän kohdalla olla pelkästään vastauksia 4, 7 tai 9, joita tähän otantaan poimittujen kustannuspaikkakoodien alla työskentelee. Kyseinen virhe tuloksissa ei kuitenkaan vaikuttane muihin tuloksiin tai niiden esittämiseen, kun tiedossa oleva alkuperäinen vastaajajoukko sisälsi vain eriasteisia hoitajia ja osastonsihteerejä. Tulosten ammattinimikkeisiin liittyvät kohdat jätettiin huomioitta SPSS -ohjelmassa.

Koska kysely tehtiin vuonna 2012 Medisiinisen tulosityksikön henkilökunnalle ja vuonna 2014 koko HUS:n henkilökunnalle, on tietyissä väittämässä organisaatioon viittaava määrä eri, vaikka väittämän sisältö on täysin sama. Esimerkkinä väittämä:

*"Medisiinisen tulosityksikön johto mahdollistaa potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin". (2012)*

*"HUS:in johto mahdollistaa potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin". (2014)*

Tämä määrä muokattiin vertailua tehtäessä SPSS -ohjelmassa siten, että väittämät vastaavat täysin toisiaan. Muokkaus ei vaikuta millään tavalla kyselyn vastauksiin, tuloksiin tai niistä tehtäviin johtopäätöksiin, vaan on ainoastaan teknisestä syystä SPSS-ohjelmaa varten tehty. Muokatut väittämät olivat seuraavat:

*"Missä määrin olet samaa mieltä tai eri mieltä seuraavista väittämistä, kun ajattelet Medisiinistä tulosityksikköä (2012)/Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä (2014)":*

*"Medisiinisen tulosityksikön/HUS:in johto mahdollistaa potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin"*

*"Medisiinisen tulosityksikön/HUS:in eri yksiköt eivät toimi hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa"*

*"Medisiinisen tulosityksikön/HUS:in muiden yksiköiden henkilökunnan kanssa on usein epämiellyttävää työskennellä"*

*"Medisiinisen tulosityksikön/HUS:in johdon toimet osoittavat, että potilasturvallisuus on keskeinen prioriteetti"*

*"Medisiinisen tulosityksikön/Johto osoittaa kiinnostusta potilasturvallisuuteen ainoastaan kun vaaratapahtuma on sattunut"*

*”Medisiinisen tulosityksikön/HUS:in osastot työskentelevät hyvässä yhteistyössä tarjotakseen parasta hoitoa potilaille”*

## 6 Tutkimustulokset

Potilasturvallisuuskulttuurikyselyyn vastasi vuonna 2012 päivystysalueella yhteensä 79 henkilöä ja vuonna 2014 vastaajia oli 84. Vuonna 2012 suurin osa vastaajista (84 %) oli naisia ja välittömässä kontaktissa potilaiden kanssa (96 %) (taulukot 1 ja 2). Hieman alle puolet (47 %) vastaajista oli iältään alle 36 vuotiaita (taulukko 3). Heidän työkokemuksensa nykyisestä työyksiköstä sekä sairaalasta oli 44 %:lla alle viisi tai viisi vuotta ja yli 70 %:lla alle kymmenen tai kymmenen vuotta. Vastaajista 13 % oli työskennellyt nykyisessä yksikössä ja sairaalassa 21 vuotta tai enemmän. Työkokemusta nykyisestä ammatista oli kolmasosalla 0 - 5 vuotta, puolella vastaajista alle kymmenen tai kymmenen vuotta ja hieman alle viidennes vastaajista oli työskennellyt nykyisessä ammatissa yli 20 vuotta (taulukko 4). Pääosa vastaajista (94 %) teki kolmivuorotyötä (taulukko 5).

Taulukko 1. Sukupuolijakauma.

Sukupuoli			Kysely	
			2012	2014
Mies	Lukumäärä		13	20
	% vastaajista		17 %	24 %
Nainen	Lukumäärä		66	64
	% vastaajista		84 %	76 %
Yhteensä	Lukumäärä		79	84
	% vastaajista		100 %	100 %

Taulukko 2. Vuorovaikutus potilaiden kanssa.

Oletko tavallisesti välittömässä vuorovaikutuksessa tai kontaktissa potilaiden kanssa?			Kysely	
			2012	2014
Ei	Lukumäärä		3	6
	% vastauksista		4 %	7 %
Kyllä	Lukumäärä		73	76
	% vastauksista		96 %	93 %
Yhteensä	Lukumäärä		76	82
	% vastauksista		100 %	100 %

Taulukko 3. Ikäryhmät.

Ikäryhmä (vuotta)		Kysely	
		2012	2014
18 - 25	Lukumäärä	6	6
	% vastaajista	8 %	7 %
26 - 35	Lukumäärä	30	31
	% vastaajista	39 %	37 %
36 - 45	Lukumäärä	22	23
	% vastaajista	29 %	27 %
46 - 55	Lukumäärä	14	15
	% vastaajista	18 %	18 %
56 - 65	Lukumäärä	5	9
	% vastaajista	7 %	11 %
Yhteensä	Lukumäärä	77	84
	% vastaajista	100 %	100 %

Vuonna 2014 miesten osuus vastaajista oli hieman kasvanut edelliseen kyselyyn nähden. Naisia oli nyt 76 % vastaajista ja myös pääosa kaikista (93 %) oli tavallisesti välittömässä vuorovaikutuksessa potilaisiin (taulukot 1 ja 2). Ikäjakauma noudatteli pääosin edellisen kyselyn ikäjakaumaa (taulukko 3). Työkokemusta nykyisestä yksiköstä oli 42 %:lla alle viisi tai viisi vuotta ja 75 %:lla alle kymmenen tai kymmenen vuotta. 16 % oli työskennellyt nykyisessä yksikössä yli 20 vuotta. Työkokemus tässä sairaalassa noudatteli lähes täysin työkokemusta nykyisessä yksikössä. Työkokemusta ammatista oli yli puolella vastaajista alle kymmenen tai kymmenen vuotta, viidenneks oli työskennellyt nykyisessä ammatissa yli 11 - 15 vuotta ja hieman yli viidenneks enemmän kuin 20 vuotta. (Taulukko 4.) Suurin osa vastaajista (89 %) teki kolmivuorotyötä (taulukko 5).

Taulukko 4. Työkokemus.

Työkokemus (vuosina) nykyisessä työyksikössä		Kysely	
		2012	2014
0 - 5	Lukumäärä	34	34
	% vastaajista	44 %	42 %
6 - 10	Lukumäärä	21	27
	% vastaajista	27 %	33 %
11 - 15	Lukumäärä	8	5
	% vastaajista	10 %	6 %
16 - 20	Lukumäärä	4	3
	% vastaajista	5 %	4 %
21-	Lukumäärä	10	13
	% vastaajista	13 %	16 %
Yhteensä	Lukumäärä	77	82
	% vastaajista	100 %	100 %

Työkokemus (vuosina) tässä sairaalassa			Kysely	
			2012	2014
0 - 5	Lukumäärä		34	34
	% vastaajista		44 %	41 %
6 - 10	Lukumäärä		22	27
	vastaajista		29 %	33 %
11 - 15	Lukumäärä		7	5
	% vastaajista		9 %	6 %
16 - 20	Lukumäärä		4	4
	% vastaajista		5 %	5 %
21-	Lukumäärä		10	13
	% vastaajista		13 %	16 %
Yhteensä	Lukumäärä		77	83
	% vastaajista		100 %	100 %
Työkokemus (vuosina) nykyisessä ammatissa			Kysely	
			2012	2014
0 - 5	Lukumäärä		26	24
	% vastaajista		34 %	29 %
6 - 10	Lukumäärä		14	19
	% vastaajista		18 %	23 %
11 - 15	Lukumäärä		13	17
	% vastaajista		17 %	20 %
16 - 20	Lukumäärä		10	6
	% vastaajista		13 %	7 %
21-	Lukumäärä		14	18
	% vastaajista		18 %	21 %
Yhteensä	Lukumäärä		77	84
	% vastaajista		100 %	100 %

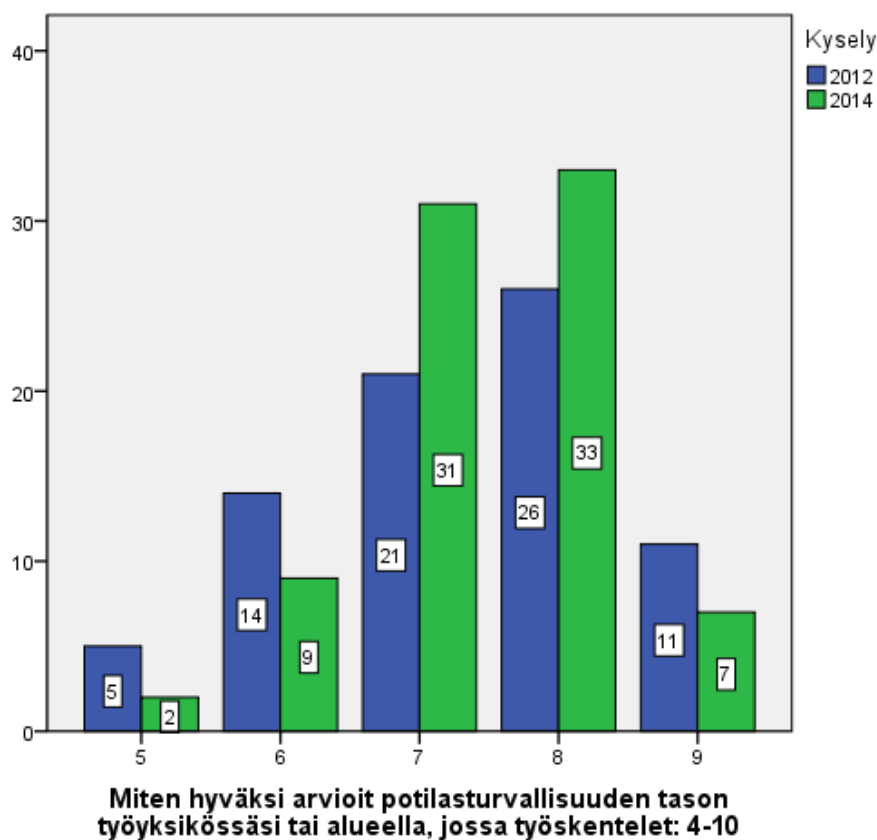
Taulukko 5. Työaikamuoto.

Pääasiallinen työaikamuoto			Kysely	
			2012	2014
Päivätyö	Lukumäärä		3	5
	% vastauksista		4 %	6 %
2-vuorotyö	Lukumäärä		2	4
	% vastauksista		3 %	5 %
3-vuorotyö	Lukumäärä		72	74
	% vastauksista		94 %	89 %
Yhteensä	Lukumäärä		77	83
	% vastauksista		100 %	100 %



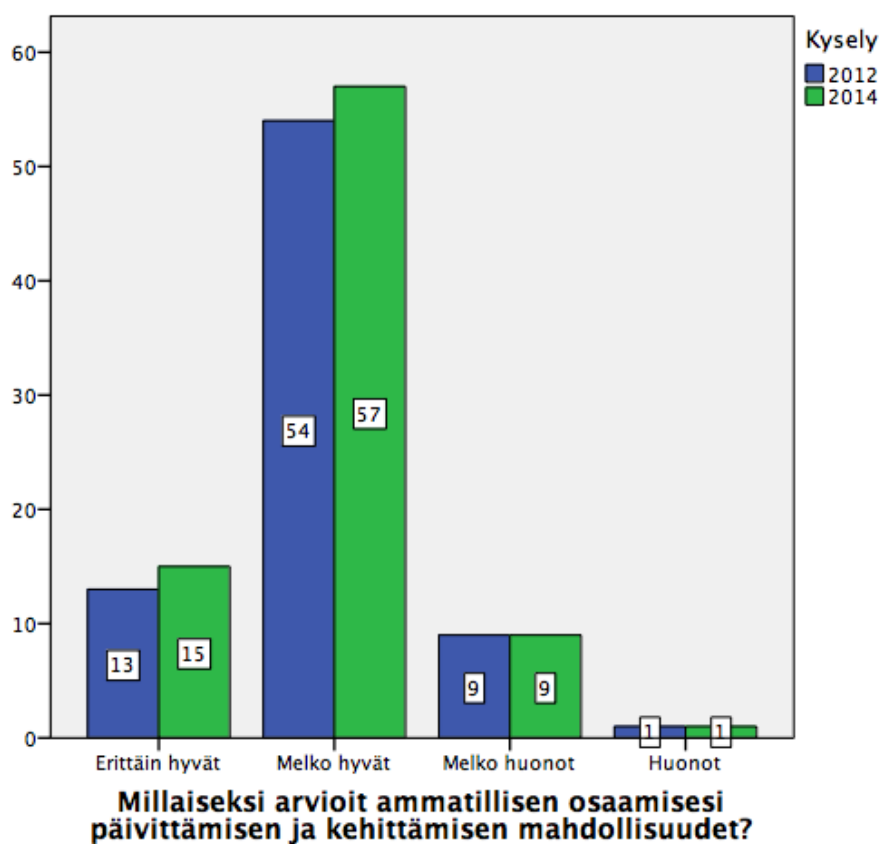
## 6.1 Hoitajien näkemykset potilasturvallisuuskulttuurista ja siihen liittyvistä tekijöistä

HUS:n potilasturvallisuussuunnitelmaan oli tutustunut noin kaksi kolmasosaa vastaajista sekä vuonna 2012 että vuonna 2014. Vuonna 2012 potilasturvallisuuden tasolle asteikolla 4 - 10 vastaajista 48 % antoi arvon 8 tai 9 ja 27 % arvon 7. Neljännes vastaajista antoi potilasturvallisuuden tasolle arvon 5 tai 6. Kukaan vastaajista ei antanut sille arvoa 10. Vastaavasti vuonna 2014 vastaajista noin puolet (49 %) arvioi potilasturvallisuuden tasoa arvoilla 8 tai 9 ja 38 % antoi sille arvon 7. Näitä heikomman arvon sille antoi 13 % vastaajista. (Kuvio 5.)



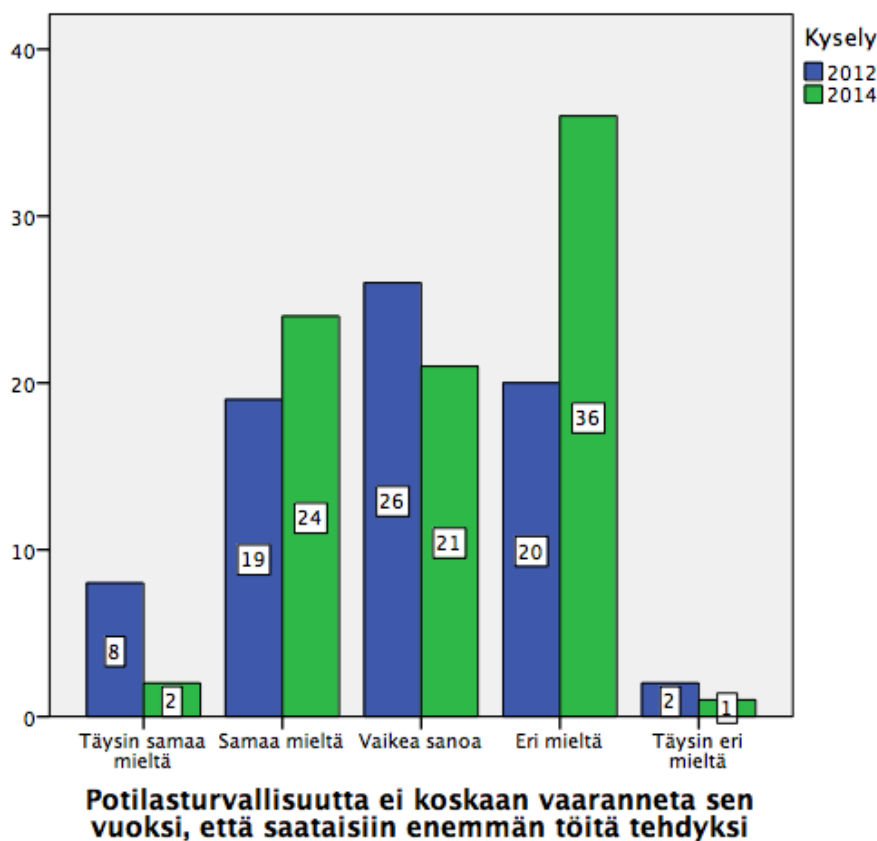
Kuvio 5.

Ammatillisen osaamisen päivittämisen ja kehittämisen mahdollisuuden arvioi erittäin hyväksi tai melko hyväksi 87 % vastaajista vuonna 2012. Mahdollisuutensa arvioi melko huonoiksi 12 % vastaajista. Toisessa kyselyssä lähes sama osuus vastaajista 88 % arvioi ammatillisen osaamisen päivittämisen ja kehittämisen mahdollisuuden erittäin hyväksi tai melko hyväksi. Vuonna 2014 11 % arvioi mahdollisuutensa päivittää ja kehittää ammatillista osaamistaan melko huonoiksi. (Kuvio 6.)



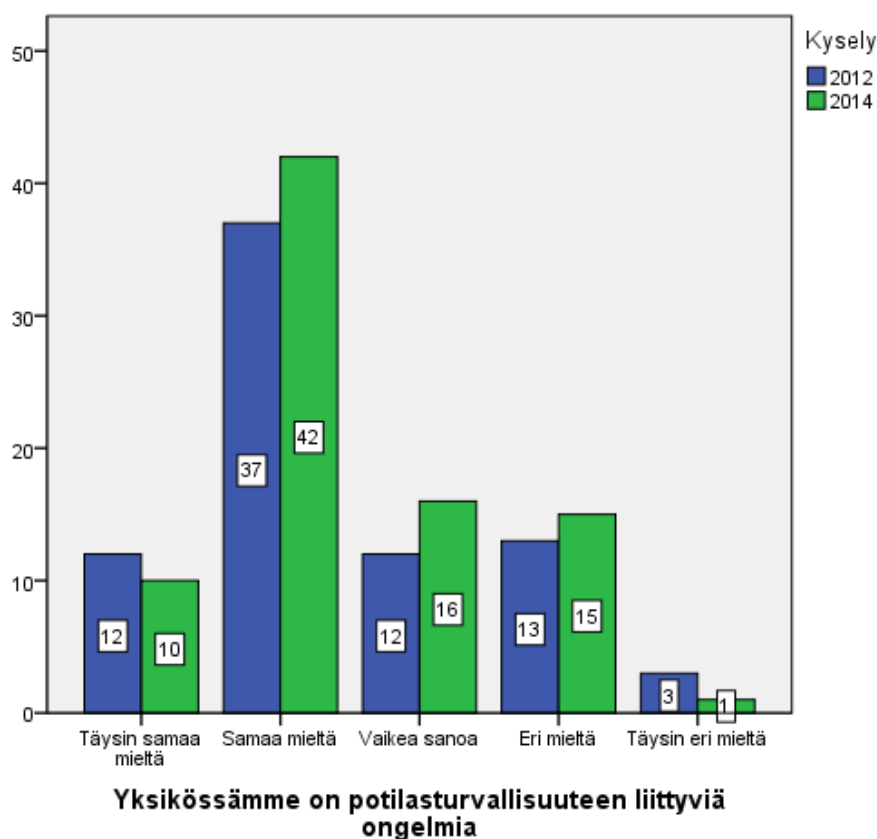
Kuvio 6.

Näkemykset siitä vaarantuuko potilasturvallisuus sen vuoksi, että töitä saataisiin enemmän tehdyksi, jakaantuivat melko tasaisesti vuonna 2012 myönteisiin, kielteisiin ja niiden välille. Täysin samaa mieltä siitä, ettei potilasturvallisuutta koskaan vaaranneta sen vuoksi, että saataisiin enemmän töitä tehdyksi, oli 11 % vastaajista ja samaa mieltä oli 25 % vastaajista. Eri mieltä väittämästä oli 27 % ja täysin eri mieltä oli 3 % vastaajista. Loput eivät osanneet sanoa kantaansa. Vuonna 2014 hajontaa oli hieman enemmän. Täysin samaa mieltä siitä ettei potilasturvallisuus vaarannu koskaan tästä syystä oli enää 2 % vastaajista ja samaa mieltä 29 %. Eri mieltä väitteen kanssa oli 43 % vastaajista ja täysin eri mieltä oli 1 % vastaajista. Neljäsnes vastaajista ei osannut sanoa kantaansa. (Kuvio 7.)



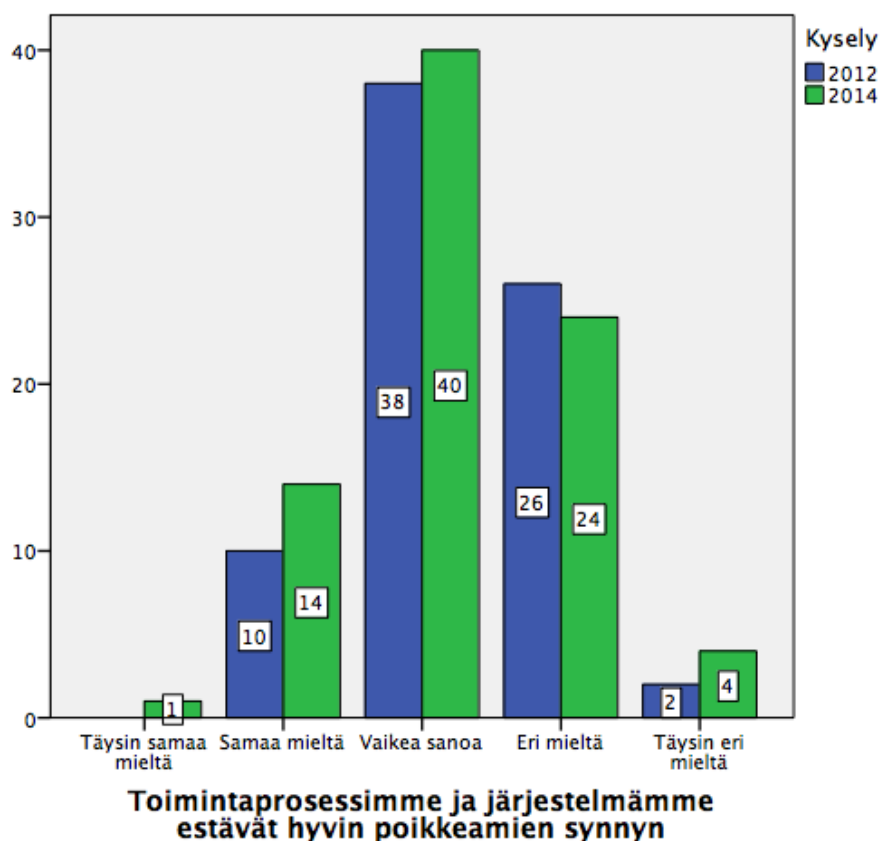
Kuvio 7.

Näkemykset potilasturvallisuusongelmista yksiköissä olivat säilyneet varsin samanlaisina vuodesta 2012 vuoteen 2014. Noin puolet vastaajista oli sekä 2012 että 2014 samaa mieltä siitä, että yksiköissä on potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia. Täysin samaa mieltä tästä oli vuonna 2012 16 % ja vuonna 2014 12 % vastaajista. Noin 20 % oli siitä eri mieltä tai täysin eri mieltä molempina vuosina. (Kuvio 8.)



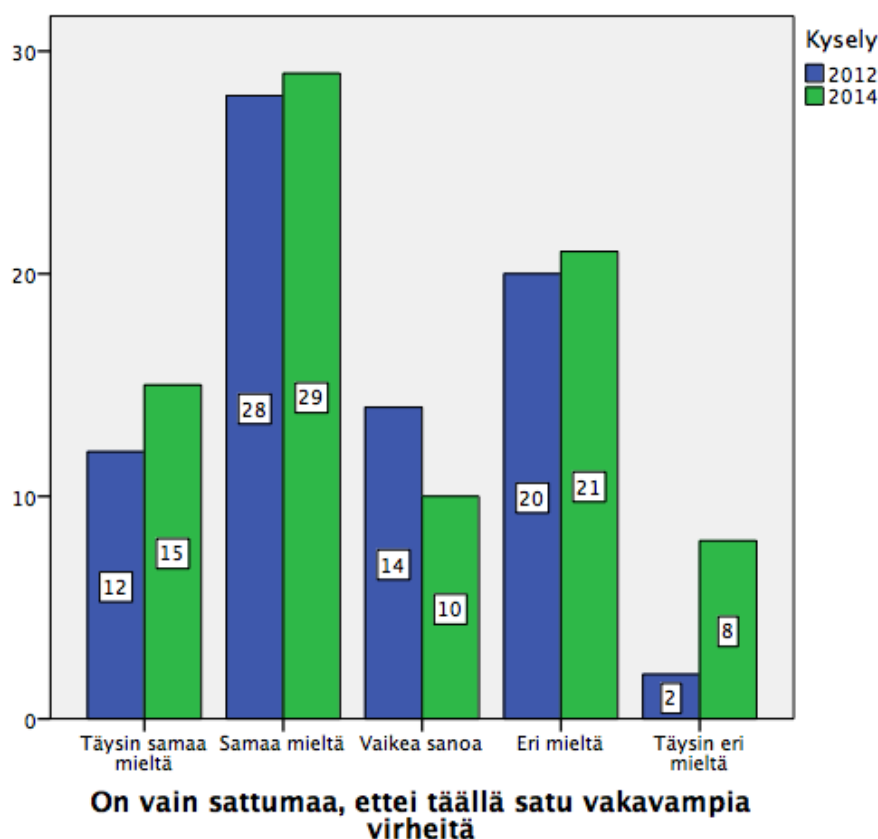
Kuvio 8.

Siihen estävätkö toimintaprosessit ja järjestelmät poikkeamien synnyn, oli puolella vastaajista molempina kyselyiden ajankohtina vaikea ottaa kantaa. Vuonna 2012 samaa tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli yhteensä 13 % ja eri mieltä tai täysin eri mieltä yhteensä 37 %, kun taas vuonna 2014 samaa tai täysin samaa mieltä oli yhteensä 18 % ja eri mieltä tai täysin eri mieltä yhteensä 35 %. (Kuvio 9.)



Kuvio 9.

Väittämästä ”On vain sattumaa ettei täällä satu vakavampia virheitä” oli vuonna 2012 täysin eri mieltä 3 % vastaajista ja eri mieltä 26 % vastaajista. Samaa mieltä oli 37 % ja täysin samaa mieltä 16 % vastaajista. Vuonna 2014 täysin eri mieltä väittämän kanssa oli 10 % vastaajista ja eri mieltä 25 % vastaajista. Samaa mieltä oli 35 % vastaajista ja täysin samaa mieltä 18 % vastaajista. Loput olivat sitä mieltä, että asiaa on vaikea sanoa. (Kuvio 10.)



Kuvio 10.

## 6.2 Hoitajien näkemysten muutos potilasturvallisuuskulttuurista vuosien 2012 ja 2014 välillä

Kaikkien edellä esitettyjen luokitteluasteikollisten ristiintaulukointien tilastollista merkittävyyttä testattiin Khiin neliö -testillä. Missään väittämässä vuosien välillä ei löytynyt tilastollista merkittävyyttä, joka ilmenee, jos testattu p-arvo on  $<0,05$ . Yksittäisissä väittämässä vastaajien näkemysten muutos kuitenkin määrällisesti näkyy pylväsdiagram-

meissa jonkinlaisina eroina. Hienoista muutosta vuosien välillä on tapahtunut vastaajien arvioissa potilasturvallisuuden tasosta. Selkeimmin ero on havaittavissa kuviossa 7, väittämässä ”Potilasturvallisuutta ei koskaan vaaranneta sen vuoksi, että saataisiin enemmän töitä tehdyksi”.

### 6.3 Hoitajien arviot tiimityöstä ja siihen liittyvistä tekijöistä potilasturvallisuuskulttuurissa

Tiimityötä osana potilasturvallisuuskulttuuria tarkasteltiin osa-alueiden kokonaisuutena, samoja asenteita mittaavista väittämistä koottujen summamuuttujien keskiarvojen avulla (taulukko 6). Osa-alue ”Kommunikaation avoimuus” käsitellään erikseen sen vuoksi, että siihen sisältyviä väittämiä jäi jäljelle vain kaksi. Yhdellä osa-alueella ”Työvuorojen vaihdot ja potilassiirrot” näyttäisi olevan tilastollista merkitsevyyttä ( $p=0,029$ ,  $p<0,05$ ). Tätä osa-aluetta on keskiarvojen perusteella arvioitu positiivisemmin vuonna 2012 kuin vuonna 2014. Muilla osa-alueilla ei tilastollista merkitsevyyttä näytä saavutettavan. Taulukossa näkyvä vaihteleva N-arvo (vastaajien lukumäärä) selittyy sillä, etteivät kaikki vastaajat ole vastanneet jokaiseen kysymykseen.

Taulukko 6. Tiimityö potilasturvallisuuskulttuurissa, summamuuttujien keskiarvojen vertailu vuosien 2012 ja 2014 välillä.

Tiimityön kokonaisuus				
	Kysely	N	Keskiarvo	p-arvo
<b>Tiimityöskentely työyksikössä</b>	2012	77	2,24 <sup>a</sup>	0,768
	2014	83	2,25 <sup>a</sup>	
<b>Yksiköiden välinen tiimityö</b>	2012	76	2,97 <sup>a</sup>	0,742
	2014	83	2,91 <sup>a</sup>	
<b>Työvuorojen vaihdot ja potilassiirrot</b>	2012	75	3,29 <sup>a</sup>	<b>0,029</b>
	2014	83	3,03 <sup>a</sup>	

<sup>a</sup>1=täysin samaa mieltä, 2=samaa mieltä, 3=vaikea sanoa, 4=eri mieltä, 5=täysin eri mieltä

Osa-alueen "Tiimityöskentely työyksikössä" sisällä väittämien keskiarvojen vuosien väliset erot ovat vain pieniä (taulukko 7). Vastaajat ovat arvioineet tämän osa-alueen väittämiä 1) ja 3) hiukan positiivisemmin vuonna 2014 ja väittämiä 2) ja 4) hiukan positiivisemmin taas vuonna 2012. Paremman kokonaiskuvan saamiseksi taulukoissa 7 - 10 on esitetty keskiarvojen lisäksi myös keskihajonnat.

Taulukko 7. Summamuuttujan "Tiimityöskentely työyksikössä" väittämät, keskiarvot ja keskihajonnat.

#### Tiimityöskentely työyksikössä

Kysely		1) Henkilöt tukevat toinen toisiaan tässä yksikössä	2) Kun on tehtävä paljon työtä nopeasti, työskentelemme yhdessä tiiminä, jotta saamme työt tehdyksi	3) Yksikössäme työntekijät kohtelevat toinen toisiaan kunnioittaen	4) Kun jollain alueella tässä yksikössä on hyvin kiireistä, toiset auttavat
2012	Keskiarvo <sup>a</sup>	2,05	2,08	2,57	2,26
	N	77	77	77	77
	Keskihajonta	,724	,791	,834	,951
2014	Keskiarvo <sup>a</sup>	2,01	2,22	2,40	2,42
	N	84	83	84	83
	Keskihajonta	,799	,827	,823	,912

<sup>a</sup>1=täysin samaa mieltä, 2=samaa mieltä, 3=vaikea sanoa, 4=eri mieltä, 5=täysin eri mieltä



Osa-alue ”Kommunikaation avoimuus” sisälsi kyselyvaiheessa kolme väittämää, mutta kuten edellä jo mainittu, yksi väittämistä päädyttiin poistamaan analyysivaiheessa paremman luotettavuuden takaamiseksi (taulukko 8). Väittämiä ei ole käsitelty summa-  
muuttujana tässä osa-alueessa, vaan ainoastaan vertailtu kahden väittämän eri vuosina saatuja keskiarvoja. Kahdesta väittämästä ensimmäistä ”Henkilökunta nostaa keskusteluun asiat, jotka voisivat vaarantaa potilashoitoa” ovat vastaajat arvioineet positiivisemmin vuonna 2012, ja jälkimmäistä ”Henkilökunta kokee voivansa vapaasti kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan” positiivisemmin vuonna 2014. Erot keskiarvoissa ovat vain pieniä. Väittämien asteikko ja sen suunta on merkitty taulukon alle alaviitteeksi. Hajontaa näiden väittämien vastauksissa on ollut vuonna 2014 hieman enemmän, kuin vuonna 2012.

Taulukko 8. Osa-alueen ”Kommunikaation avoimuus” väittämät, keskiarvot ja keskihajonnat.

#### Kommunikaation avoimuus

Kysely		1) Henkilökunta nostaa keskusteluun asiat, jotka voisivat vaarantaa potilashoitoa	2) Henkilökunta kokee voivansa vapaasti kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan
2012	Keskiarvo <sup>aa</sup>	2,37	3,33
	N	76	75
	Keskihajonta	,814	1,070
2014	Keskiarvo <sup>aa</sup>	2,47	3,19
	N	83	84
	Keskihajonta	,704	,975

<sup>aa</sup>1=jatkuvasti, 2=usein, 3=joskus, 4=harvoin, 5=ei koskaan

Osa-alueen ”Yksiköiden välinen yhteistyö” väittämissä keskiarvojen vuosien 2012 ja 2014 välinen ero on suurimmillaan 0,10, erot ovat siis hyvin pieniä (taulukko 9). Vastaajat ovat arvioineet tämän osa-alueen väittämiä 1), 2) ja 4) hiukan positiivisemmin vuonna 2012, ja väittämää 3) kymmenyksen positiivisemmin vuonna 2014. Keskihajonta vastauksien kesken on ollut suunnilleen yhtä suurta kaikkien väittämien kohdalla.

Taulukko 9. Summamuuttujan ”Yksiköiden välinen yhteistyö” väittämät, keskiarvot ja keskihajonnat.

#### Yksiköiden välinen yhteistyö

Kysely		1) Medisiinisen tulosyksikön tai HUS:n eri yksiköt eivät toimi hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa	2) Yhteistyö on hyvää niiden yksiköiden kesken, joiden on toimitava yhdessä	3) Medisiinisen tulosyksikön tai HUS:n toisten yksiköiden henkilökunnan kanssa on usein epämiellyttävää työskennellä	4) Medisiinisen tulosyksikön tai HUS:n osastot työskentelevät hyvässä yhteistyössä tarjotakseen parasta hoitoa potilaille
2012	Keskiarvo <sup>a</sup>	2,61	2,79	3,34	3,03
	N	76	76	76	76
	Keskihajonta	,939	,943	,974	,923
2014	Keskiarvo <sup>a</sup>	2,57	2,60	3,44	3,01
	N	84	83	84	84
	Keskihajonta	,765	,896	,827	,784

<sup>a</sup>1=täysin samaa mieltä, 2=samaa mieltä, 3=vaikea sanoa, 4=eri mieltä, 5=täysin eri mieltä

Tiimityön kokonaisuudessa keskiarvojen tilastollisesti merkitsevää muutosta voitiin todeta tapahtuneen ainoastaan osa-alueella ”Työvuorojen vaihdot ja potilassiirrot”. Tämän osa-alueen sisällä, keskiarvojen perusteella kaikkia väittämiä 1) - 4) on arvioitu positiivisemmin vuonna 2014 (taulukko 10). Suurimmillaan keskiarvojen ero on 0,32 tämän osa-alueen väittämässä 1) ”Asioita 'katoaa tai jää hoitamatta', kun potilaita siirretään yksiköstä toiseen”. Keskihajonta väittämissä on ollut lähestulkoon yhtäläistä, vain hieman suurempaa väittämässä 4).

Taulukko 10. Summamuuttujan ”Työvuorojen vaihdot ja potilassiirrot” väittämät, keskiarvot ja keskihajonnat.

**Työvuorojen vaihdot ja potilassiirrot**

Kysely		1) Asioita 'katoaa tai jää hoitamatta', kun potilaita siirretään yksiköstä toiseen	2) Tärkeitä potilashoidon tietoja hukataan usein työvuorojen vaihtuessa	3) Tiedonvälityksessä esiintyy usein ongelmia eri yksiköiden välillä	4) Työvuorojen vaihtoajankohdat ovat ongelmallisia potilaille tulosityksikössämme
2012	Keskiarvo <sup>a</sup>	2,89	3,68	2,85	3,76
	N	76	76	75	76
	Keskihajonta	,988	,852	,926	,992
2014	Keskiarvo <sup>a</sup>	2,57	3,42	2,68	3,45
	N	84	84	84	83
	Keskihajonta	,909	,908	,894	1,161

<sup>a</sup>1=täysin samaa mieltä, 2=samaa mieltä, 3=vaikea sanoa, 4=eri mieltä, 5=täysin eri mieltä

#### 6.4 Hoitajien arviot vaaratapahtumaraportoinnista osana potilasturvallisuuskulttuuria

Taulukossa 11 on esitetty arvio tehdyistä vaaratapahtumaraporteista kyselyiden ajan-kohtaan nähden viimeisten 12 kuukauden aikana. Määrällisesti raporttien täyttö ja lähettäminen on pysynyt melko samana vuosien 2012 ja 2014 välillä. Suurimmat muutokset ovat ”Ei raportointia” -vastanneissa, joiden osuus on pienentynyt kolme prosenttiyksikköä, sekä vastaajien ”3 - 5 tapahtumaraporttia” osuudessa, joka taas on kasvanut seitsemän prosenttiyksikköä.

Taulukko 11. Tehdyt vaaratapahtumaraportit viimeisen 12 kuukauden aikana.

			Kysely	
			2012	2014
Montako vaaratapahtumaraporttia olet täyttänyt ja lähettänyt viimeisen 12 kuukauden aikana?	Ei raportointia	Lukumäärä	27	26
		% vastauksista	35 %	32 %
	1-2 tapahtumaraporttia	Lukumäärä	36	34
		% vastauksista	47 %	42 %
	3-5 tapahtumaraporttia	Lukumäärä	10	16
		% vastauksista	13 %	20 %
	6-10 tapahtumaraporttia	Lukumäärä	4	5
		% vastauksista	5 %	6 %
	11-20 tapahtumaraporttia	Lukumäärä	0	1
		% vastauksista	0 %	1 %
	Yhteensä	Lukumäärä	77	82
		% vastauksista	100 %	100 %

Vaaratapahtumien raportointia osana potilasturvallisuuskulttuuria tarkasteltiin osalueiden kokonaisuutena, samoja asenteita mittaavista väittämistä koottujen summa-  
muuttujien ja väittämien saamien keskiarvojen avulla (taulukko 12). Tilastollista merkitsevyyttä keskiarvojen muutokselle vuosien välillä ei ilmennyt tässä kokonaisuudessa lainkaan (p-arvot >0,05).

Taulukko 12. Vaaratapahtumien raportointi potilasturvallisuuskulttuurissa, keskiarvojen vertailu vuosien 2012 ja 2014 välillä.

<b>Vaaratapahtumien raportoinnin kokonaisuus</b>				
	Kysely	N	Keskiarvo	p-arvo
<b>Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa</b>	2012 2014	75 84	3,00 <sup>a</sup> 2,88 <sup>a</sup>	0,277
<b>Syyllistämätön virheiden käsittely</b>	2012 2014	76 83	2,85 <sup>a</sup> 3,00 <sup>a</sup>	0,202
<b>Palaute ja kommunikatio vaaratapahtumiin liittyen</b>	2012 2014	76 83	3,10 <sup>aa</sup> 2,93 <sup>aa</sup>	0,091
<b>Vaaratapahtumien raportointi</b>	2012 2014	71 83	3,10 <sup>aa</sup> 3,08 <sup>aa</sup>	0,956

<sup>a</sup>1=täysin samaa mieltä, 2=samaa mieltä, 3=vaikea sanoa, 4=eri mieltä, 5=täysin eri mieltä

<sup>aa</sup>1=jatkuvasti, 2=usein, 3=joskus, 4=harvoin, 5=ei koskaan

Vaaratapahtumien raportoinnin kokonaisuudessa väittämien asteikko on eri potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueissa erilainen. Asteikot ja niiden suunnat on merkitty taulukoon 12. alaviitteenä.

Osa-alueen ”Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa” sisällä, väittämien vuosien väliset erot keskiarvoissa ovat pieniä (taulukko 13). Tämän osa-alueen väittämiä 1) ja 2) vastaajat näyttäisivät arvioineet hiukan positiivisemmin vuonna 2014, ja kolmatta väittämää marginaalisesti positiivisemmin vuonna 2012. Keskihajonta väittämissä on ollut lähestulkoon yhtä suurta.

Taulukko 13. Summamuuttujan ”Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa” väittämät, keskiarvot ja keskihajonnat.

**Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa**

Kysely		1) Toimimme aktiivisesti parantaaksemme potilasturvallisuutta	2) Virheet ovat täällä johtaneet myönteisiin muutoksiin	3) Tehtyämme muutoksia parantaaksemme potilasturvallisuutta, arvioimme niiden vaikuttavuutta
2012	Keskiarvo <sup>a</sup>	2,66	3,18	3,14
	N	77	76	76
	Keskihajonta	,837	,905	,905
2014	Keskiarvo <sup>a</sup>	2,52	2,95	3,17
	N	84	84	84
	Keskihajonta	,857	,849	,980

<sup>a</sup>1=täysin samaa mieltä, 2=samaa mieltä, 3=vaikea sanoa, 4=eri mieltä, 5=täysin eri mieltä

Osa-alueen ”Syylistämätön virheiden käsittely” koostavista väittämistä kaikkia kolmea näyttäisi pienellä erolla olevan arvioitu vähän positiivisemmin vuonna 2012 (taulukko 14). Keskihajonta väittämissä on ollut lähestulkoon yhtäläistä.

Taulukko 14. Summamuuttujan ”Syylistämätön virheiden käsittely” väittämät, keskiarvot ja keskihajonnat.

**Syylistämätön virheiden käsittely**

Kysely		1) Henkilökunta kokee, että heidän virheensä kääntyvät heitä vastaan	2) Kun vaaratapahtuma on raportoitu, tuntuu että se kohdistuu henkilöön eikä itse ongelmaan	3) Henkilökuntaa huolestuttaa, että heidän tekemänsä virheet näkyvät heidän henkilökohteisissa tiedoissaan
2012	Keskiarvo <sup>a</sup>	2,58	2,71	3,22
	N	77	77	76
	Keskihajonta	1,043	1,062	1,040
2014	Keskiarvo <sup>a</sup>	2,77	2,93	3,29
	N	84	84	83
	Keskihajonta	1,022	1,073	,982

<sup>a</sup>1=täysin samaa mieltä, 2=samaa mieltä, 3=vaikea sanoa, 4=eri mieltä, 5=täysin eri mieltä

Osa-alueen ”Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen” väittämien keskiarvojen ero on suurimmillaan 0,25 tämän osa-alueen väittämässä 2). Erot ovat silti hyvin pieniä, mutta vastaajien voidaan kuitenkin todeta arvioineen tämän osa-alueen kaikkia väittämiä hieman positiivisemmin vuonna 2014 (taulukko 15).

Taulukko 15. Summamuuttujan ”Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen” väittämät, keskiarvot ja keskihajonnat.

**Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen**

Kysely		1) Saamme palautetta vaaratapahtuma-raporttien pohjalta tehdyistä muutoksista	2) Meille tiedotetaan yksikössämme sattuneista vaaratapahtumista	3) Keskustelemme yksikössämme toimintatavoista, joilla estämme vaaratapahtumien toistumisen
2012	Keskiarvo <sup>aa</sup>	3,39	2,87	3,03
	N	76	76	76
	Keskihajonta	,834	,885	,800
2014	Keskiarvo <sup>aa</sup>	3,14	2,83	2,83
	N	84	84	83
	Keskihajonta	,838	,942	,838

<sup>aa</sup>1=jatkuvasti, 2=usein, 3=joskus, 4=harvoin, 5=ei koskaan



Osa-alueen "Vaaratapahtumien raportointi" väittämien keskiarvojen muutokset ovat vuosien välillä vain marginaalisia (taulukko 16). Väittämiä 1) ja 2) tällä osa-alueella vastaajat ovat arvioineet aivan hivenen positiivisemmin vuonna 2012. Kolmatta ja viimeistä väittämää vastaajat ovat puolestaan arvioineet aivan hivenen positiivisemmin vuonna 2014. Keskihajonnoissa ei ole juurikaan mainittavia eroja.

Taulukko 16. Summamuuttujan "Vaaratapahtumien raportointi" väittämät, keskiarvot ja keskihajonnat.

#### Vaaratapahtumien raportointi

Kysely		1) Kun on tehty virhe, mutta se on havaittu ja korjattu ennen kuin sillä oli vaikutuksia potilaaseen, miten usein se raportoidaan (esim. väärä lääke jaettu tarjottimelle, mutta se huomattiin ja vaihdettiin oikeaksi ennen kuin annettiin potilaalle)?	2) Kun on tehty virhe, jonka ei ole mahdollista aiheuttaa vahinkoa potilaalle, miten usein se raportoidaan (esim. antaessaan oikean lääkkeen potilaalle, antaa virheellistä tietoa lääkkeen vaikutuksista)?	3) Kun on tehty virhe, joka voisi vahingoittaa potilasta, vaikei sillä kertaa vahingoittanut, miten usein se raportoidaan (esim. potilas sai väärän lääkkeen)?
2012	Keskiarvo <sup>aa</sup>	3,24	3,39	2,60
	N	72	72	73
	Keskihajonta	,986	,912	,968
2014	Keskiarvo <sup>aa</sup>	3,27	3,41	2,58
	N	83	83	83
	Keskihajonta	,828	,812	,871

<sup>aa</sup>1=jatkuvasti, 2=usein, 3=joskus, 4=harvoin, 5=ei koskaan

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyössä aiheen rajaaminen on olennainen osa työn hallinnan sekä fokuksen säilyttämisen kannalta. Tässä työssä päädyttiin rajaamaan kahden vuosina 2012 ja 2014 tehdyn potilasturvallisuuskulttuurikyselyn tulosten käsittely kahteen suurempaan kokonaisuuteen yleisten näkemysten lisäksi. Tapoja käsitellä ja ryhmitellä käytetyn mittarin laajoja tuloksia on erilaisia, kuten edellä on kuvattu. Tässä työssä päädyttiin mukailemaan ja osittain yhdistämään Turusen (2012) sekä Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ:n jakoa osa-alueisiin ja kokonaisuuksiin. Rajaaminen tehtiin, koska opinnäytetyön tavoitteena oli löytää mahdollisimman käytännönläheinen ja saavutettavissa oleva aihe tai näkökulma potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseksi päivystyspoliklinikan toimintaympäristössä. Spekuloitavaksi jää olisiko työhön voinut sisällyttää vielä nyt pois rajatun johtamisen kokonaisuudesta esimerkiksi osa-alueen ”Lähijohtajan odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi”, joka määrittää tärkeältä osaltaan yksikötasolla potilasturvallisuuskulttuuria (kuviot 4). HUS:n potilasturvallisuussuunnitelmaan (2012; 2014) on myös kirjattu lähiesimiehellä olevan merkittävä rooli potilasturvallisuuden ylläpitämisessä ja edistämisessä, sekä keskeinen asema yksikön avoimen ja syyllistämättömän kulttuurin luomisessa.

Kyselyn vastausprosentit molempina vuosina jäivät päivystysalueella varsin heikoiksi. Vuonna 2012 vastausprosentti oli 31 % ja vuonna 2014 36 %. Huomionarvoista on, että kahden vuoden aikana potilasturvallisuusasia on ehkä noussut enemmän henkilökunnan tietoisuuteen tai kiinnostuksen kohteeksi, jos asiaa katsotaan kyselyyn vastaamisen innokkuuden kannalta, sillä vastausprosentti nousi kahden vuoden aikana viisi prosenttiyksikköä. Lisäksi kyselyyn vastanneiden miesten osuus oli kahdessa vuodessa kasvanut 7 prosenttiyksikköä (taulukko 1).

Tämän opinnäytetyön tarkasteltavaksi poimittiin koko kyselyyn vastanneiden (2012 Medisiininen tuloksien joukko, 2014 koko HUS-alue) joukosta ainoastaan HYKS-päivystysalueen vastaukset, jolloin vastaajien ammattiryhmiä olivat eriasteiset sairaanhoitajat, perushoitajat, lähihoitajat, lääkintävahtimestarit sekä osastonsihteerit. Näitä tarkasteltiin työssä yhdessä eikä eroteltu taustamuuttujissa erikseen. Ainoastaan taustamuuttujissa kysymys ”Oletko tavallisesti välittömässä vuorovaikutuksessa tai kontak-

tissa potilaiden kanssa” (taulukko 2) saattaa antaa viitettä vastaajan ammattiryhmästä. Siinä kuitenkin vain 4 % (2012) ja 7 % (2014) ei ollut ollut välittömässä kontaktissa potilaiden kanssa, mikä voisi viitata esimerkiksi osastonsihteerin tai yhtä hyvin myös osastonhoitajaan. Nämä ammattiryhmät eivät hoidollisesti ole välittömässä kontaktissa potilaiden kanssa, vaikkakin osastonsihteerit monesti kohtaavat potilaan ensimmäisinä ja käsittelevät potilastietoja sekä hoitokertomuksia, mikä liittyy tietoturvallisuuteen ja sitä kautta hyvinkin merkittävästi potilasturvallisuuteen.

Vastaajien työkokemus nykyisestä työyksikössä sekä sairaalassa olivat molemmissa kyselyissä hyvin samankaltaiset (taulukko 4). Noin puolet vastaajista oli ollut kohtalaisen vähän aikaa (alle viisi tai viisi vuotta) ja suurin osa alle kymmenen tai kymmenen vuotta töissä nykyisessä työyksikössä tai ko. sairaalassa ylipäätään. Tämä huomio noudattelee viime vuosien trendiä henkilöstön suuremmasta vaihtuvuudesta, joka ehkä varsinkin päivystysalueella ilmenee. Molempina vuosina työkokemusta nykyisestä ammatista oli yli puolella vastaajista alle kymmenen tai kymmenen vuotta ja noin viidenes vastaajista oli työskennellyt nykyisessä ammatissa enemmän kuin 20 vuotta. Potilasturvallisuusasiat ovat Suomessa olleet huomion kohteena verrattain vähän aikaa (Roine ja Kaila 2014), eli voidaan olettaa, että puolet vastaajista ovat lähes koko ammattiuransa ajan tai jo opiskeluaikanaan olleet tietoisia ylipäätään potilasturvallisuudesta ja siihen liittyvistä ilmiöistä. Toisaalta taas yli 20 vuotta työssä olleilla on enemmän perspektiiviä myös aikaan, jolloin potilasturvallisuusasioista ei vielä puhuttu suomalaisessa terveydenhuollossa.

Yksiköiden yleistä potilasturvallisuuden tasoa arvioitiin kyselyssä niin sanotusti kouluarvosanoin asteikolla 4 - 10. Molempina vuosina vastaajista lähes puolet (2012: 48 %; 2014: 49 %) antoi potilasturvallisuudelle arvon hyvä (8) tai kiitettävä (9). Tyypillisin annettu arvo potilasturvallisuuden tasolle oli molempina vuosina 8 (kuvio 5). Verrattaessa kyselyiden vastauksia, vuonna 2012 vastaajat olivat arvioineet tasoa useammin arvosanoin 5 ja 6, kun taas vuonna 2014 potilasturvallisuuden tasolle annettiin useammin arvosana 7 tai 8. Arviot jäivät hiukan jälkeen Turusen (2012) saamista tuloksista. Kaiken kaikkiaan vastaajien arviot potilasturvallisuuden tasosta päivystysalueella olivat hiukan parantuneet kahden vuoden aikana, mikä antaa viitettä siitä, että jotain kehitystä on tällä saralla jo tapahtunut. Henkilökunnan näkemyksillä potilasturvallisuuden tasosta on merkitystä, sillä on tutkittu, että positiivinen turvallisuusilmapiiri vaikuttaa myönteisesti ja rohkaisevasti mm. henkilökunnan motivaatioon tehdä vaaratapahtuma-

raportteja (Kagan ja Barnoy 2013). Tai toisaalta positiivisen potilasturvallisuuskulttuurin on havaittu olevan yhteydessä pienempään vaaratapahtumien määrään sairaaloissa (Mardon ym. 2010). Täten näiden kautta on mahdollista osaltaan parantaa potilasturvallisuutta.

Vastaajat arvioivat ammatillisen osaamisen päivittämisen ja kehittämisen mahdollisuutensa erittäin yhtenevästi molempina vuosina. Mahdollisuutensa arvioi erittäin hyväksi tai melko hyväksi 87 % vastaajista vuonna 2012 ja 88 % vuonna 2014. Tyypillisin vastaus molempia vuosina oli ”melko hyvät” (kuvio 6). Tulos noudattelee Turusen (2012) saamia arvioita. On tulos tilastollisesti merkitsevä tai ei, niin se osoittaa kuitenkin sen, että työntekijät ovat tyytyväisiä tilanteeseen ja uskovat ja luottavat yhä työnantajan mahdollisuuksiin järjestää tai mahdollistaa pääsy erilaisiin koulutuksiin sekä jatko- tai täydennysopintoihin. Ainakaan siis tämän perusteella ei voida vielä olettaa, että esimerkiksi yhteiskunnallisesti vallitsevan taloustilanteen vuoksi säästötoimet näkyvästi vaikuttaisivat työntekijöiden ammatillisen osaamisen päivittämisen ja kehittämisen mahdollisuuksiin. Ja toisaalta tulos peilaa hyvin myös Sammerin ym. (2009) määrittelemää viidettä potilasturvallisuuskulttuurin alakohtaa oppimisen kulttuuria, jonka mukaan oppimista tapahtuu organisaation ja toimintayksiköiden sisällä mm. virheistä oppimalla, mutta myös ulkopuolelta ottamalla mallia muilta.

Väittämän ”potilasturvallisuutta ei koskaan vaaranneta sen vuoksi, että saataisiin enemmän töitä tehdyksi” vuosien välinen vertailu on mielenkiintoinen. Se osoittautui tuloksissa yhdeksi niistä väittämistä, jossa vuosien välillä oli tapahtunut eniten muutosta. Jälkimmäisenä vuonna vastaajissa ”eri mieltä” -olijoita oli jopa 16 prosenttiyksikköä enemmän kuin kahta vuotta aiemmin. Täten siis 43 % vastaajista oli vuonna 2014 sitä mieltä, että potilasturvallisuus vaarantuu sen vuoksi, että töitä saataisiin enemmän tehdyksi. Vastaus ”eri mieltä” oli tyyppi-arvo, joka selvästi nousee piikkinä ylös muuten litteähuipuisesta jakaumasta (kuvio 7). Heijastuuko tähän tulokseen taantuma ja mahdolliset säästötoimet mm. henkilökuntamitoituksessa? Vai vaikuttaako taustalla ehkäpä tietynlainen vallitseva tehokkuusajattelu, joka ilmiönäkin saattaa pelkästään heijastua vastaajien mielikuviin kiireisenä työilmapiirinä, jossa työteho menee turvallisuuden edelle?

”Yksikössämme on potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia” -väittämän vastaukset osoittavat henkilökunnan huolta oman yksikkönsä potilasturvallisuudesta. Ne kertovat

tietyllä tavalla myös avoimesta kulttuurista, jossa uskalletaan, vaikkakin tässä tapauksessa nimettömänä, kertoa oma rakentavakin, ts. negatiivinen mielipide. Näkemykset potilasturvallisuusongelmista yksiköissä olivat säilyneet varsin samanlaisina vuodesta 2012 vuoteen 2014. Noin puolet vastaajista oli samaa mieltä siitä, että yksiköissä on potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia. Täysin samaa mieltä tästä oli vuonna 2012 16 % ja vuonna 2014 12 % vastaajista. Noin viidennes oli siitä eri mieltä tai täysin eri mieltä molempina vuosina (kuvio 8). Toki tämä väittämä on hyvin epäspesifi, eikä sinänsä anna vastauksia miten ongelmia tulisi lähteä ratkomaan. Se tarkastelee osaltaan vain potilasturvallisuuskulttuurin tilaa. Olemassa olevien potilasturvallisuusongelmien tiedostaminen on jo ratkaiseva edistysaskel potilasturvallisuuskulttuurin edistämisessä. Niiden yksityiskohtaisempi kartoittaminen ja selvittäminen vaatii ensin ongelmien myöntämisen, vasta sen jälkeen päästään keksimään ratkaisuja ongelmiin.

HSOPSC -mittarin mukainen potilasturvallisuuskulttuurikysely on melko laaja ja voi joiltain osiltaan tai väittämiltään olla hankalasti vastattavissa. Myös kysymyksenasettelun suunta joissain väittämissä on voinut olla vaikeasti hahmotettavissa varsinkin, kun suunta eri väittämien välillä vaihtelee myönteisen ja kielteisen välillä. Tämä asettaa vastaajalle tietyn haasteen keskittyä vastaamiseen erityisellä tavalla, mikä ei aina päivityksen kyseessä ollessa ole mahdollista. Lisäksi kaikkiin väittämiin vastaajilla ei edes välttämättä ole substanssia vastata, mikä voisi esimerkiksi näkyä väittämän ”toimintaprosessimme ja järjestelmämme estävät hyvin poikkeamien synnyn” tuloksissa. Siinä jakauma on huipukas (kuvio 9). Tähän väittämään oli puolella vastaajista molempina kyselyiden ajankohtina vaikea ottaa kantaa. Myönteisesti vastanneita (samaa tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa) vuonna 2012 oli yhteensä 13 % ja kielteisesti vastanneita (eri mieltä tai täysin eri mieltä) yhteensä 37 %. Vuonna 2014 myönteisiä vastauksia oli yhteensä 18 % ja kielteisiä yhteensä 35 %. Suuntaa antavan tuloksen mukaan erilaisiin toimintaprosesseihin sekä järjestelmiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja parantaa niitä, jotta poikkeamien syntyä saataisiin rajoitettua. Se mitä toimintaprosesseja tai järjestelmiä tarkoitetaan, tulisi ennalta selvittää esimerkiksi auditoimalla mm. potilaiden erilaisia hoitopolkuja, kirjaamiskäytäntöjä potilastietojärjestelmiin tai lääkehoitoprosesseja yksiköissä, tai esimerkiksi tilasimulaation avulla tarkastella hoitajien työympäristön potilasturvallisuutta.

Väittämä ”On vain sattumaa ettei täällä satu vakavampia virheitä” on tarkoituksellisesti varsin provosoiva. Se ikään kuin herättelee vastaajaa, mutta sen voisi myös tulkita ole-

van tavallaan kyyninen mielipide potilasturvallisuuden tilasta. Väittämän kanssa samaa mieltä oli 37 % ja täysin samaa mieltä 16 % vastaajista vuonna 2012 ja kahta vuotta myöhemmin samaa mieltä oli 35 % vastaajista ja täysin samaa mieltä 18 %. Tyypillinen vastaus oli siis ”samaa mieltä” (kuvio 10). Väittämän kanssa täysin eri mieltä oli 3 % vastaajista ja eri mieltä 26 % vastaajista vuonna 2012. Jälkimmäisessä kyselyssä täysin eri mieltä väittämän kanssa oli 10 % vastaajista ja eri mieltä 25 % vastaajista, mikä osoittaa, että vastaajien myönteiset näkemykset tämän väittämän perusteella ovat kuitenkin lisääntyneet kahdessa vuodessa hieman (6 prosenttiyksikköä).

Yhteenvedona voidaan sanoa, että edellisiä yleisnäkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista arvioitiin varsin kriittisesti. Tämä on samansuuntainen tulos Turusen (2012) tutkimuksen kanssa. Turusen (2012: 54) mukaan kriittiset arviot yleisnäkemyksistä ovat ristiriidassa vastaajien antamien arvioiden kanssa potilasturvallisuuden tasosta. Myös tässä opinnäytetyössä tämä ristiriitaisuus on havaittavissa.

Kansainvälisesti monessa tutkimuksessa todetaan, että tiimityön menetelmiin ja yhteistyöhön hoitoon osallistuvien kesken vaaditaan entistä enemmän ponnisteluja laaja-alaisen potilasturvallisuuskulttuurin saavuttamiseksi (Sammer ym. 2009). Tiimityö on potilasturvallisuutta parantava tekijä, ja toisaalta tiimityön puutteiden on todettu olevan vaaratapahtumien syynä (Hoppu, Niemi-Murola ja Handolin 2014). Taustalla niiden synnyssä ovat usein tiimin ongelmat kommunikaatiossa (Jones, Podila ja Powers 2013). Juuri nämä ilmiöt pohjustivat tiimityön ja vaaratapahtumaraportoinnin kokonaisuksien valikoitumista. Selkeä yhteys teoreettiseen viitekehykseen tekevät myös niiden sisällöstä merkittäviä potilasturvallisuuskulttuurin kannalta, vaikkei tilastollista merkitsevyyttä voitukaan todeta kuin yhdellä osa-alueella. Erot muutoksissa vuosien välillä olivat kautta linjan pieniä, mistä voidaan päätellä, ettei varsinaista tulosta potilasturvallisuuskulttuurin kehityksessä ole vielä HYKS-päivystysalueella näiden kahden vuoden aikana saavutettu.

Jones, Podila ja Powers (2013) huomio tiimin kommunikaatio-ongelmista voisi tulla esiin mm. tiimityön kokonaisuudesta osa-alueella ”Työvuorojen vaihdot ja potilassiirrot”, jolla tilastollisesti merkitsevää muutosta voitiin itse asiassa ainoana todeta tapahtuneen. Tulos on yhdensuuntainen kansainvälisesti ja Turusen (2012) tutkimuksen kanssa. Tämän osa-alueen sisällä, keskiarvojen perusteella kaikkia väittämiä oli arvioitu positiivisemmin vuonna 2014. Suurimmillaan keskiarvojen ero on 0,32 tämän osa-

alueen väittämässä ”Asioita katoaa tai jää hoitamatta, kun potilaita siirretään paikasta toiseen”. Tällä osa-alueella potilasturvallisuustyössä on päästy selkeästi alulle. Käytännönläheisiä ja helposti toteutettavissa olevia keinoja edistää potilasturvallisuutta vielä enemmän olisivat näyttöönperustuvat hyviksi havaitut käytännöt, standardoidut prosessit, protokollat, tarkistuslistat ja hoitosuositukset (Sammer ym. 2009). Kommunikaation parantamiseksi ja kehittämiseksi Sammer ym. (2009) listaavat keinoiksi assertiivisen ja strukturoidun puhetavan, kohdennetun kommunikaation, tilannekatsaukset, ”time-outit” sekä huomion kiinnittämisen erityisesti potilaan luovutustilanteiden kommunikaatioon ja raportointiin.

Vaikka muutoksen erot olivatkin aivan pieniä, oli osa-alue ”Syyllistämätön virheiden käsittely” arvioitu keskiarvoiltaan positiivisemmin ensimmäisenä vuonna. STM:n (2009b) mukaan potilasturvallisuuden edistämiseen kuuluu olennaisesti syyllistämättömyyden periaate. Tämän suuntaa antavan tuloksen mukaan tähän osa-alueeseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota, ja pyrkiä parantamaan vaaratapahtumaraportoinnin ja poikkeamien käsittelyn suuntaa systeemilähtöisemmäksi. Toisella vaaratapahtumaraporttien käsittelyyn liittyvällä osa-alueella ”Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen”, oli tapahtunut vähäistä muutosta vuosien välillä vuoden 2014 arvioiden ollessa positiivisempia. Voitaneen tämän osa-alueen tuloksen perusteella todeta, että palautteen annon, tiedotuksen ja toimintatavoista keskustelun saralla on päästy hyvään alkuun kehitettäessä potilasturvallisuuskulttuuria.

## 7.2 Työn luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tutkimuksessa eettisen uskottavuuden on oltava kunnossa ja siitä on kaikin tavoin yrittävä pitää huolta. Kaikki huolimattomuudesta, vääristä tulkinnoista, heikoista mittaus-tuloksista yms. johtuvat virheet tulee pyrkiä karsimaan. (Anttila 2000.) Jos tutkija käyttää hyvin standardoituja tiedonkeruumenetelmiä, ovat tutkimusasetelman mahdolliset eettiset ongelmakohdat ennakoitavissa ja jopa etukäteen ratkaistavissa (Mäkelä 1987: 195).

Tällä potilasturvallisuuskulttuurikyselyllä on Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettisen toimikunnan antama puoltava lausunto ja tutkimuslupa medisiinisestä tulosyksiköstä vuonna 2012. Tutkimusluvassa määritellään ehdot, joita tutkimuksen tekijöiden ja tut-

kimuksen vastuuhenkilön tulee noudattaa (liite 2). Tämä opinnäytetyö sisältyy ko. tutkimuslupan piiriin osapaimintana. Koska jälkimmäisen kyselyn tuloksia ja vertailua vuosien välillä päädyttiinkin vasta myöhemmässä vaiheessa käyttämään, vuoden 2014 HUS:n olemassa olevaan tutkimuslupaan haettiin lisäesitystä jälkikäteen. Aiheesta käytiin sähköpostitse keskustelua HUS:n potilasturvallisuuspäällikön sekä tämän opinnäytetyön työelämäohjaajan, laatupäällikön ja ylihoitajan kanssa toimien heidän ohjeidensa mukaan.

Molempina vuosina tutkimuksesta on tiedotettu etukäteen osallistujia sähköisesti sekä erilaisilla osastotunneilla ja muissa tiedotustilaisuuksissa. Tutkimukseen osallistujat ovat olleet tietoisia vapaaehtoisuudestaan. Tuloksia on käsitelty ja ne on esitetty siten, ettei yksittäisen vastaajan tunnistaminen ole mahdollista. Tästä syystä esimerkiksi kaikki avoimen kysymyksen vastaukset päätettiin jättää esittämättä. Kaikkien vastaajien joukosta (vuonna 2012 HUS:n Medisiininen tulossyksikkö; vuonna 2014 koko HUS) poimittiin molempina vuosina vain päivystysalueen tulokset. Näitä ei tässä työssä eritellä päivystyspoliklinikoittain, vaan käsitellään samanarvoisina, yhtenä joukkona. Tämä lisää vastaajien yksityisyyden suojaa entisestään.

Potilasturvallisuuskulttuurikyselytutkimuksessa käytetty HSOPSC -mittari on kansainvälisesti validi (mm. Sorra ja Dyer 2010; Ito ym. 2011). Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 1997: 226). Validiteetti on mittauksen luotettavuuden kannalta ensisijainen peruste, sillä ellei mitata oikeaa asiaa, ei reliabiliteetilla ole mitään merkitystä. Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin luotettavuutta sekä toistettavuutta. Kyselytutkimuksessa mittauksen laatuun ja luotettavuuteen vaikuttavat kuitenkin monet tekijät; sisällölliset, tilastolliset, tekniset, kielelliset ja kulttuuriset. Mittaus on aina ainutkertaista, eikä huonosti mitattuja osioita voi jälkikäteen parantaa millään menetelmällä, vaan laatuun tulee vaikuttaa etukäteen. Laadukas mittaus edellyttää usean asiantuntijan yhteistyötä. (Vehkalahti 2014: 40 - 41.)

Tässä opinnäytetyössä erityisenä haasteena oli työn aloittaminen jo valmiiksi työstetyn aineiston pohjalta. Koska HUS:ssa oli molempina vuosina kyselyn tulokset syötetty valmiiksi niiden käsittelijän tavalla ja logiikalla, oli niiden jatkokäsittely haasteellista jo pelkästään tämän logiikan ymmärtämisen kannalta. Myös vuosien 2012 ja 2014 välillä oli hieman eroja valmiin aineiston ensimmäisessä käsittelytavassa. Lopulta sillä, että



molemmilta vuosilta päädyttiin käyttämään Excel-taulukkolaskentaohjelmaan raakadatan syötettyjä tuloksia SPSS:ssä, eikä valmiiksi positiiviseen suuntaan käännettyjä aineistoja, oli tässä opinnäytetyössä tutkimuksen luotettavuuden kannalta merkittävä vaikutus. Mutta kuten Vehkalahti (2014) teoksessaan on todennut usean asiantuntijan yhteistyöstä mittauksen laadun taakaamiseksi, olisi tässä opinnäytetyössä tätä yhteistyötä voinut alunalkaen vielä lisätä, ja allekirjoittaneen osalta olla tehokkaammin yhteydessä muihin tutkimuksen tekijöihin HUS:n puolella.

Myös tapoja analysoida ja esittää saatuja tuloksia on lukuisia. Potilasturvallisuuskulttuurikyselyn väittämät, joilla ilmiön eri osa-alueita tutkitaan, päädyttiin tällä kertaa osittain yhdistämään summamuuttujiksi samaa asennetta mittaamaan. Väittämiä yhteen summamuuttujaan yhdistettiin kolmesta neljään kappaletta. Summamuuttujien luotettavuutta testattiin vuosittain erikseen Cronbachin alfalla, joka tässä tapauksessa sai arvoja välillä 0,63 - 0,83. Cronbachin alfaa käytetään mittarin sisäisen yhtenäisyyden mittana ja näin ollen reliabiliteetin mittana (Metsämuuronen 2000: 52). Saatuja arvoja verrattiin alkuperäisiin, samoin yhdistettyjen osa-alueiden Cronbachin alfoihin (Sorra ja Nieva 2004). Voitiin todeta, että arvot olivat linjassa keskenään tietyllä, luultavasti mittarin suomennoksesta johtuvalla, pienellä erolla, ja näin ollen hyvin mittaavan samaa osa-alueita, mitä haluttiinkin mitata.

Vaikka mittarin on osoitettu olevan sisällöllisesti validi jo kansainvälisestikin (mm. Sorra ja Dyer 2010), pyrittiin silti vielä tulosten analysointivaiheessa luotettavuutta edelleen osittain varmistamaan jättämällä väittämä *”Henkilökunta ei rohkene/rohkenee kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein”* pois. Näin toimittiin siksi, koska kyselyiden 2012 ja 2014 välillä oli tehty väittämän muotoon muutos, eikä täten voitu olla varmoja vastaajien ymmärryksestä kysymyksenasettelun suhteen. Väittämä jätettiin tässä opinnäytetyössä huomioitta esitettäessä tuloksia, jonka vuoksi myös yksi osa-alue ”Kommunikaation avoimuus” jätettiin muodostamatta summamuuttujaksi. Kahden väittämän muodostama summamuuttuja olisi ollut liian epävarma kuvaamaan näkemyksiä koko osa-alueesta.

### 7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tämän opinnäytetyön keskeiset johtopäätökset olivat:

- 1) Näkemykset potilasturvallisuuskulttuurista olivat varsin kriittisiä yleisellä tasolla, vaikka potilasturvallisuuden taso arvioitiinkin tyypillisesti hyväksi.
  - a. Noin puolet vastaajista oli samaa mieltä siitä, että yksiköissä on potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia. Olemassa olevien potilasturvallisuusongelmien tiedostaminen on jo ratkaiseva edistysaskel potilasturvallisuuskulttuurin edistämisessä.
  - b. Erilaisiin toimintaprosesseihin sekä järjestelmiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja parantaa niitä, jotta poikkeamien syntyä saataisiin rajoitettua.
- 2) Arviot potilasturvallisuuden tasosta olivat hienoisesti parantuneet vuosien 2012 ja 2014 välillä. Kuitenkin vuonna 2014 vastaajista 43 %:n mielestä ”potilasturvallisuus vaarantuu sen vuoksi, että töitä saataisiin enemmän tehdyksi”. Tulos oli vuodesta 2012 kasvanut 16 prosenttiyksikköä. Onko tehokkuus mennyt turvallisuuden edelle?
- 3) Tiimityön kokonaisuudessa, ”Työvuorojen vaihdot ja potilassiirrot” osa-alueella potilasturvallisuustyössä on päästy selkeästi alulle. Tuloksissa oli tapahtunut tilastollisesti merkityksellistä muutosta positiivisempaan suuntaan.
- 4) Vaaratapahtumaraportoinnin kokonaisuudessa, ”Syyllistämätön virheiden käsittely” osa-alueen suuntaa antavan tuloksen mukaan tähän tulisi kiinnittää erityistä huomiota, ja pyrkiä parantamaan vaaratapahtumaraportoinnin ja poikkeamien käsittelyn suuntaa systeemilähtoisemmäksi.

Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseksi ja edistämiseksi on selkeä tilaus ja tarve. Vielä tarkempaa ja perusteellisempaa tulosten tarkastelua voisi tehdä mm. positiivisia prosenttiosuuksia vertailemalla (lasketaan yhteen vain positiiviset luokat, kuten ”täysin samaa mieltä” ja ”samaa mieltä”). Positiivisten prosenttiosuuksien vertailu on tyypillinen tulosten tarkastelutapa HSOPSC -mittarille (Sorja ja Nieva 2004), mutta tässä opinnäytetyössä sitä käytettiin vain niukilta osin. Jatkossa näiden vertaaminen tullee olemaan helpompaa, sillä vuoden 2014 koko aineistosta on HUS:ssa jo valmiiksi laskettu positiiviset prosenttiosuudet. Vuonna 2012 tätä ei ollut tehty.

Mielenkiintoisen jatkotutkimushaasteen muodostaisi vertailu muihin sairaaloihin maailmalla AHQR:n tietokannassa olemassa olevan ja tietyin väliajoin päivitettävän datan avulla. Vertailun ohella samantasoisia eri sairaaloita pystyttäisiin benchmarkkaamaan, ja sitä kautta mahdollisesti ottamaan oppia tehdystä potilasturvallisuuskulttuuryöstä.

Jatkotutkimushaasteena ylipäätään potilasturvallisuuskulttuurin tutkimuksessa voisi olla potilaskeskeisyyden saaminen enemmän esille. Sammerin ym. (2009) kirjallisuuskatsauksen mukaan potilaskeskeisyys on sitoutettava ydinarvoksi haastamalla koko henkilökunta tekemään kaikkensa, jotta potilas asetettaisiin keskiöön ja potilaalle tarjottaisiin kokemus hyvästä hoidosta ja välittämisestä. Tällä mittarilla potilaskeskeisyyttä ei ehkä ole tarkoituksenmukaista kuitenkaan yksistään tutkia, vaikka sillä saataisiinkin mitattua henkilökunnan asenteita yksittäisten väittämien avulla.

Jatkossa tarkasteluun mukaan tulisi ottaa myös johtajuuden kokonaisuus osana potilasturvallisuuskulttuuria. Tässä opinnäytetyössä se päädyttiin rajaamaan pois. Johtajuus on kuitenkin kansainvälisesti todettu olevan keskeinen, jollei jopa keskeisin osa potilasturvallisuuskulttuuria. Sammerin ym. (2009) mukaan turvallinen kulttuuri alkaa johtajuudesta, mutta vaikka vahva johtajuus määritelläänkin kriittisesti tärkeäksi tekijäksi turvallisuuskulttuurissa, ei ole olemassa selkeitä vastauksia, miten johtajuutta voisi kehittää turvallisen kulttuurin varmistamiseksi. Ehkäpä tämän kysymyksen voisi muotoilla jatkossa tutkimustehtäväksi, ja etsiä siihen vastauksia potilasturvallisuuskulttuurikyselyn avulla. HUS:n potilasturvallisuussuunnitelman (2012; 2014) sanoin: ”Turvallisiin tekoihin kannustava johtaminen luo positiivista potilasturvallisuuskulttuuria”.

## Lähteet

Aboshaiqah, Ahmad E. – Baker, Omar Ghazi 2013. Assessment of Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in a Saudi Arabia Hospital. *Journal of Nursing Care Quality* 28 (3): 272 - 280.

AHQR 2014. Quality and Patient Safety. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Päivitetty lokakuussa 2014. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>. Luettu 2.12.2014.

Anttila, Pirkko 2000. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. 3. Painos. Akatiimi Oy. Helsinki.

Bagnasco, Annamaria – Tibaldi, Laura – Chirone, Paola – Chiaranda, Clara – Panzone, Maria Stella – Tangolo, Domenico – Aleo, Giuseppe – Lazzarino, Luciana – Sasso, Loredana 2011. Patient safety culture: an Italian experience. *Journal of Clinical Nursing* 20 (7/8): 1188 - 1195.

Bergenstadt, Haim – Haviv, Yael – Tuval, Atalia – Shemesh, Yael – Megrill, Alexander – Perry, Amir – Rubin, Orit – Ziv, Amitai 2008. Improving handoff communications in critical care: Utilizing simulation-based training toward process improvement in managing patient risk. *Chest* 134 (1).

Bodur, Said – Filiz, Emel 2010. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research* 10 (28). Elektroninen versio: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/28>.

Brborovic, Hana – Sklebar, Ivan – Brborovic, Ognjen – Brumen, Vlatka – Mustajbegovic, Jadranka – Bajic, Zarko – Komericki, Mirjana – Babic, Nikola 2014. Development of a Croatian version of the US Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire: dimensionality and psychometric properties. *Postgraduate Medical Journal* 90 (1061): 125 - 132.

Castrén, Maaret – Huttunen, Kirsi 2014. HYKS Akuutti materiaaleja. Powerpoint-esitys.

Chen, I-Chi – Li, Hung-Hui 2010. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research* 10 (152). Elektroninen versio: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2903582/>.

Eiras, Margarida – Escoval, Ana – Monteiro Grillo, Isabel – Silva-Fortes, Carina 2014. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2 (27): 111 - 122.

El-Jardali, Fadi – Dimassi, Hani – Jamal, Diana – Jaafar, Maha – Hemadeh, Nour 2011. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research* 24: 1 - 12.

Euroopan Komissio 2012. Komission kertomus neuvostolle potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä ja valvonnasta annetun neuvoston suosi-

tuksen (2009/C 151/01) täytäntöönpanosta annettujen jäsenvaltioiden raporttien pohjalta Bryssel 13.11.2012.

Feng, Xianqiong – Bobay, Kathleen – Weiss, Marianne 2008. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. JAN Theoretical paper 2008. 310 - 319.

Fujita, Shigeru – Seto, Kanako – Ito, Shinya – Wu, Yinghui – Huang, Chiu-Chin – Hasegawa, Tomonori 2013. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. BMC Health Services Research 13 (20): 1 - 10.

Gaba, David M. 2005. Improving patient safety by implementing strategies of high reliability organization theory. Euroanesthesia 2005. 243 - 247.

Eskola, Susanna 2008. Maanpuolustuskorkeakoulu, Strategian laitos. Julkaisusarja 3, Strategian asiatietoa, No 10. Verkkodokumentti. [http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/74107/StratL3\\_10.pdf?sequence=1](http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/74107/StratL3_10.pdf?sequence=1). Luettu 13.4.2013.

HaiPro 2014. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Verkkodokumentti. <http://awanic.com/haipro/>. Luettu 25.11.2014.

Helovuori, Arto – Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karoliina – Pennanen, Pirjo 2011. Potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Fioca. Edita Prima.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HUS 2012. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma 2012. HUS hallitus. Helsinki.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HUS 2014. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma 2014. HUS hallitus. Helsinki.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HUS 2014a. Verkkodokumentti. [http://www.hus.fi/hustietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/medisiininen\\_tulosityksikko/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/hustietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/medisiininen_tulosityksikko/Sivut/default.aspx). Luettu 31.10.2014.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HUS 2014b. Verkkodokumentti. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/meilahden-tornisairaala/poliklinikat/Sivut/Paivystyspoliklinikka.aspx>. Luettu 4.12.2014.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HUS 2014c. Verkkodokumentti. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/jorvin-sairaala/paivystys/Sivut/default.aspx>. Luettu 4.12.2014.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HUS 2014d. Verkkodokumentti. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/peijaksen-sairaala/Paivystys/Sivut/Paivystyspoliklinikka.aspx>. Luettu 4.12.2014.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki. (13. - 14. Osin uudistettu painos. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu 2008)

Hoppu, Sanna – Niemi-Murola, Leila – Handolin, Lauri 2014. Simulaatiokoulutus potilasturvallisuuden parantajana - oppia tiimityöstä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 130 (17): 1744 – 1748.

Huttunen, Kirsi – Mattila, Juho 2012. Potilasturvallisuuskulttuurikyselyn aineisto.

Institute of Medicine 2004. Keeping patients safe. Transforming the Work Environment of Nurses. The National Academies press. Washington DC.

Institute of Medicine 1999. To err is human: Building a safer health system. Shaping the Future for Health. The National Academies press. Washington DC.

Ito, Shinya – Seto, Kanako – Kigawa, Mika – Fujita, Shigeru – Hasegawa, Toshihito – Hasegawa, Tomonori 2011. Development and applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan. BMC Health Services Research 28 (11): 1 - 7.

Jones, Florence – Podila, Pradeep – Powers, Cynthia 2013. Creating a Culture of Safety in the Emergency Department: The Value of Teamwork Training. Journal of Nursing Administration. 43 (4): 194 - 200.

Kagan, Ilya – Barnoy, Sivia 2013. Organizational Safety Culture and Medical Error Reporting by Israeli Nurses. Journal of Nursing Scholarship 45 (3): 273 - 280.

Kaila, Minna – Niemi-Murola, Leila – Kauppi, Paula 2014. Näyttöön ja osaamisen kehittämiseen perustuvaa potilasturvallisuutta. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 130 (17): 1739.

Kalisch, Beatrice J. – Aebersold, Michelle 2006. Overcoming barriers to patient safety. Nursing Economics. May-June 24 (3): 143 - 149.

Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karoliina (toim.) 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Sairaanhoidtajaliitto.

KvantiMOTV 2015. Suummamuuttuja. Verkkodokumentti. <http://www.fsd.uta.fi>. Luettu 26.1.2015.

Mardon, Russell E. – Khanna, Kabir – Sorra, Joan – Dyer, Naomi – Famolaro, Theresa 2010. Exploring Relationships between Hospital Patient Safety Culture and Adverse Events. Journal of Patient Safety 6 (4): 226 - 232.

Metsämuuronen, Jari 2000. Tilastollisen päättelyn perusteet. Metodologia -sarja 3. Jaates, Viro.

Mäkelä, Klaus 1987. Tieteen vapaus ja tutkimuksen etiikka. Tammi. Helsinki.

Nie, Yanli – Mao, Xuanyue – Cui, Hao – He, Shenghong – Li, Jing – Zhang, Mingming 2014. Hospital survey on patient safety culture in China. Journal of Health Care Quality Assurance 27 (2): 111 - 122.

Nordin, Anna – Wilde-Larsson, Bodil – Nordström, Gun – Theander, Kersti 2013. Swedish Hospital Survey on Patient Safety Culture – Psychometric properties and health care staff's perception. Open Journal of Nursing 2013 (3): 41 - 50.

Olsen, Espen 2007. Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur. Tidsskrift Norske Lægeforening 127: 2656 - 2660.

Park, SA – Lee, SJ – Choi, GU 2011. Survey of Factors Associated with Nurses' Perception of Patient Safety. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention* 8 (12): 2129 - 2132.

Patel, Saharsh – Wu, Albert W. 2014. Safety Culture in Indian Hospitals: A Cultural Adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire. *Journal of Patient Safety*. Elektroninen versio: AN: 01209203-900000000-99758.

Person, John – Spiva, LeeAnna – Hart, Patricia 2013. The culture of an emergency department: An ethnographic study. *International Emergency Nursing* 4 (21): 222 - 227.

Reiman, Teemu – Pietikäinen, Elina – Oedewald, Pia 2008. Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi. VTT Publications 700. Edita Prima Oy. Helsinki.

Reiman, Teemu – Pietikäinen, Elina – Oedewald, Pia. Potilaskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Teoksessa: Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karoliina (toim.) 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Sairaanhoidajaliitto.

Roine, Risto P. – Kaila, Minna 2014. Hoidon vaikuttavuus on tärkein osa potilasturvallisuutta. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 130 (17): 1740 - 1741.

Sammer, Christine E – Lykens, Kristeine – Singh, Karan P – Mains, Douglas A – Lackan, Nuha A 2010. What is patient safety culture? A review of a literature. *Journal of Nursing Scholarship* 42 (2): 156 - 165.

Sorra, Joann – Dyer, Naomi 2010. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Service Research* 10, 199.

Sorra, Joann – Nieva, Veronica 2004. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. AHRQ Publication No. 04-0041.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 - 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 18.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013: Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 3.

Suomisanakirja 2013. Verkkodokumentti. <http://www.suomisanakirja.fi/kulttuuri>. Luettu 9.4.2013.

Terveysturvalaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 1.5.2011.

Terveysturva ja hyvinvoinninlaitos THL 2014a. Laatu ja potilasturvallisuus. Verkkodokumentti. Päivitetty 26.8.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>. Luettu 4.11.2014.

Terveysturva ja hyvinvoinninlaitos THL 2014b. Laatu ja potilasturvallisuus. Verkkodokumentti. Päivitetty 30.9.2013. <http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/turvallisuuskulttuuri>. Luettu 18.11.2014.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos THL 2014c. Laatu ja potilasturvallisuus. Verkkodokumentti. Päivitetty 10.3.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/potilasturvallisuutta-aidolla-ohjelma>. Luettu 2.12.2014.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos THL 2013. Verkkodokumentti. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuuskulttuurin-arviointi-hsopsc](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuuskulttuurin-arviointi-hsopsc). Luettu 9.4.2013.

Turunen, Elina 2012. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Turunen, Hannele – Nieminen, Markku – Huttunen, Kirsi 2012. Tiedote tutkimuksesta. Potilasturvallisuuskulttuurikysely.

Ulkoministeriön kehitysviestintä 2009. Verkkojulkaisu. Päivitetty 11.5.2009. <http://www.global.finland.fi/public/default.aspx?contentid=164072>. Luettu 13.4.2013.

Vantaan kaupunki, Sosiaali- ja terveystalvet, 2012. Verkkodokumentti. [http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja\\_terveystalvet/ajankohtaista-arkisto\\_-\\_sosiaali-ja\\_terveystalvet/101/0](http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja_terveystalvet/ajankohtaista-arkisto_-_sosiaali-ja_terveystalvet/101/0). Luettu 26.10.2012.

Vehkalahti, Kimmo 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura.

Vlayen, Annemie – Schrooten, Ward – Wami, Welcome – Aerts, Marc – Barrado, Leandro Garcia – Claes, Neree – Hellings, Johan 2013. Variability of Patient Safety Culture in Belgian Acute Hospitals. Journal of Patient Safety. Elektroninen versio: AN: 01209203-900000000-99816.



## Tiedonhakuprosessi 1.

Tietokanta ja hakuai- ka	Rajaukset	Hakusanat	Saa- dut tulok- set	Vali- tut artik- kelit
PubMed 5.1.2013	Otsikon ja abstraktin perusteella  Free full text available	patient safety patient safety culture patient safety culture nurses hospital survey on patient safety culture improving patient safety culture emergency department improving patient safety culture AHRQ AHRQ hospital survey on patient safety culture HSOPSC nurses' perceptions patient safety culture AHRQ	67 862 2 696 426 501  12 77 3 814 20 9  11	     3 15  5 5  2
Cochrane Library 5.1.2013	Title, abst- ract, key- words	patient safety "patient safety" patient safety culture "patient safety culture" patient safety culture nurses "patient safety culture" nurses nurses' perceptions patient safety culture hospital survey on patient safety culture hospital survey on patient safety culture AHRQ improving patient safety culture improving AND "patient safety culture" perception AND "patient safety culture"	36 199 502 781 6 15 2 2 5 0 110 3 1	  1     1
Cinahl® with full text 6.1.2013	1999 – 2012 Full text, abstract (02 – 12) Abstract 2003 – 2012  Full text, abstract available Smart text searching	patient safety culture patient safety culture  patient safety culture AND nurses AND per- ception  patient safety culture AND nurses AND per- ception patient safety culture AND improving patient safety culture AND improving AND emergency nursing hospital survey on patient safety culture patient safety culture AND nurses AND view	274 45  22  3 5 10 5 1	7     1
JBICON- NECT+ 6.1.2013		patient safety patient safety culture AND nurses	1 0	
MEDIC 6.1.2013	Asiasanojen synonyymit käytössä	potilasturvallisuus potilasturvallisuus* potilasturvallisuuskulttuuri potilas AND turvallisuus AND kulttuuri potilasturvallisuus AND kulttuuri potilasturvallisuus AND hoitajat hospital survey on patient safety culture hospital survey AND patient safety AND cul- ture	65 79 2 0 3 6 8 126 8	  1  1 1  1

OVID 6.1.2013	Full text available "Health management & assessment"	"patient safety culture"	1 035	
		"patient safety culture"	626	2
		"patient safety culture"	3	
		"patient safety culture" AND nurses AND perceptions	55	5
		hospital survey on patient safety culture	30	5
		"patient safety culture" AND improving	83	7
Duodecim 6.1.2013		potilasturvallisuus	20	
		potilasturvallisuus*	25	
		potilasturvallisuus* AND arviointi	8	
		potilasturvallisuuskulttuuri	0	
		HSOPSC	0	

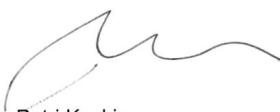
## Tiedonhakuprosessi 2.

Tietokanta ja hakuai- ka	Rajaukset	Hakusanat	Saa- dut tulok- set	Vali- tut artik- kelit
Cochrane Library 10.11.2014	Title, abst- ract, key- words 2013 - 2014	hospital survey on patient safety culture nurses' perceptions patient safety culture "patient safety culture" nurses	3 0 0	
Duodecim 10.11.2014	2013 - 2014	potilasturvallisuus* potilasturvallisuuskulttuuri	11	3
Cinahl® with full text	Abstract avail. Full text, ab- stract available Smart text searching 6/2013 – 11/2014	patient safety culture in nursing "hospital survey on patient safety culture" in emergency nursing  "patient safety culture" AND nurses AND per- ception HSOPSC	3  379  156 1	1  1
JBICON- NECT+ 10.11.2014	Title, abstract, keywords 2013 – 2014 Specialities: patient safety	Patient safety "hospital survey on patient safety culture"	0 0	
MEDIC 10.11.2014	Asiasanojen synonyymit käytössä 2013 - 2014	Hospital survey AND patient safety AND cul- ture	4	
OVID (all) 10.11.2014	2013 - 2014 Full text avail.	"patient safety culture" "patient safety culture" hospital survey on patient safety culture	9476 185 235	4 4
PubMed 10.11.2014	Otsikon ja abstraktin perus- teella 2013 - 2014 Free full text available	AHRQ hospital survey on patient safety culture	12	3

## Tutkimuslupa 2012

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI HYKS-sairaanhoidoalue 2012 Medisiininen tulosyksikkö	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN 1 (2) § 88 30.4.2012	Dnro 71/2012
--	--	--------------

Hakija	osastoryhmän päällikkö, TtM Kirsi Huttunen HYKS, Medisiininen tulosyksikkö, hallinto
Esittelijä	osastonylilääkäri Per-Henrik Groop
Asia	<b>TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN KYSELYTUTKIMUKSELLE "POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI -KYSELY SAIRAALAHENKILÖSTÖLLE HYKS:N MEDISIINISESSÄ TULOSYKSIKÖSSÄ" (VASTUUHENKILÖ ORP KIRSI HUTTUNEN)</b>
Tutkijat/tutkimusryhmä	orp Kirsi Huttunen, prof. Hannele Turunen (Itä-Suomen yliopisto), hallintoylihoitaja Kaarina Torppa, tulosyksikön johtaja Markku S. Nieminen, hallintoylilääkäri Lasse Lehtonen, yliopistonlehtori Pirjo Partanen (Itä-Suomen yliopisto), kehittämis päällikkö Kristiina Junttila
Perustelut	Kyseessä on kyselytutkimus, jossa kohderyhmänä on HYKS:n Medisiinisen tulosyksikön koko henkilöstö (N=2798). Tutkimuksen tarkoitus on selvittää henkilökunnan näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kyselyn tuloksia on jatkossa tarkoitus hyödyntää potilasturvallisuuden kehittämistyössä. Tutkimuksella on Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettisen toimikunnan antama puoltava lausunto 9/2012.
Päätös	Edellä olevan mukaan päätän, että orp Kirsi Huttuselle ja tutkimusryhmälle myönnetään tutkimuslupa ajalle <b>1.5.2012 - 31.12.2014</b> . Tutkimuksesta saattaa aiheutua vähäisiä kustannuksia, jotka maksetaan Medisiinisen tulosyksikön vastuuyksiköstä <b>8001</b> .
Ehdot	Tutkimukseen liittyvät rekisteritiedot tulee kirjata HUS potilasrekisterin rekisteriselosteen pysyväisohjeen 2/2006 mukaisesti. Tutkimuksen yhteydessä käytettäviä potilastietoja on pääsääntöisesti käsiteltävä anonymisti. Henkilötietojen avainrekisterin säilyttämisestä huolehtii aina HUS:ssa tutkimuksen vastuuhenkilö. Tutkimusluvan saaja huolehtii muun tietoineiston asianmukaisesta arkistoinnista ja mahdollisten potilastietojen kopioiden hävittämisestä. Tutkimusluvan saajan HUS:n nimissä syntyvät julkaisut on julkaisukeräys- ohjeiden mukaisesti toimitettava tiedoksi ja työsuhtekeksinnöt on ilmoitettava kirjallisesti HUS:lle. Tutkimuksesta tulee sen valmistuttua toimittaa lyhyt yhteenveto tulosyksikön johtajalle.
Päätösvallan peruste	Hallintosääntö § 20, Tulosyksikön johtajan yleispäätös §270/2011



Petri Koskinen  
HYKS Med ty, ylilääkäri, tutkimus ja opetus, varahenkilö

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI  
HYKS-sairaanhoitoalue 2012  
Medisiininen tulostyksikkö

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN 2 (2)

§ 88  
30.4.2012

Dnro 71/2012

Sovelletut oikeusohjeet HUS Yleiskirjeet nrot 22/2000 ja 4/2002  
HUS, Hallituksen päätös § 82/13.3.2000  
HUS, toimitusjohtajan päätös §168/2002 (HYKS-instituutin käyttö)  
Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999); muutos 2004  
Henkilötietolaki (523/1999)  
Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta (621/1999)  
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)  
Potilasvahinkolaki (585/1986)

Jakelu orp Kirsi Huttunen  
yhteyshenkilö, prof. Hannele Turunen@uef.fi  
tulostyksikön johtaja Markku S.Nieminen  
ATK-koordinaattori Riitta Savolainen, tietotekniikka

Lähetetty tiedoksi 8.5.2012, mt

Lisätietojen antaja sihteeri Lea Enjala, 471 73576

Tutkimusrekisteri Tutkimusprojektin tiedot saa julkaista HUS: Internetin tutkimusrekisterissä.

**Tiedote tutkimuksesta 2012****Arvoisa työntekijä**

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, jolla selvitetään HYKS:n medisiinisen tulosityksikön potilasturvallisuuskulttuuria.

Helsingin ja Uudenmaan (HUS) sairaanhoitopiirissä käynnistetyn potilasturvallisuustyön tavoitteena on HUS:n arvojen mukaisesti tuottaa potilaille laadukasta, oikea-aikaista, turvallista ja asiakaslähtöistä palvelua ja hoitoa sekä edistää potilasturvallisuuden kehittämistä. Myös medisiininen tulosityksikkö haluaa antaa potilailleen näiden arvojen mukaista hoitoa ja palvelua.

HUS-alueella ei ole aikaisemmin tehty potilasturvallisuuskulttuurin tutkimusta. Itä-Suomen yliopiston aikaisempien tutkimusten mukaan potilasturvallisuuskulttuurin tilaa arvioimalla voidaan tehdä päätelmiä tarvittavista interventioista potilasturvallisuuden parantamiseksi. Tällä kyselyllä selvitetään medisiinisen tulosityksikön henkilökunnan näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kyselyn tuloksia on jatkossa tarkoitus hyödyntää potilasturvallisuuden kehittämistyössä.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Kyselyn tiedot ovat sähköisesti ulkopuolisilta suojattuja ja ne jäävät tutkijoiden käyttöön. Tutkimustulokset raportoidaan siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Tutkimustuloksia ei käsitellä yksikkötasoisesti, mikäli kyselyyn vastaajia on alle 10 henkilöä kyseisestä yksiköstä. Tuloksia ei myöskään raportoida ammattinimikkeittäin, mikäli tietyn ammattinimikkeen vastaajia on alle 10.

Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin 10-15 minuuttia. Lomake täytetään kerralla, sillä tiedot eivät tallennu myöhempää täydentämistä varten. Vastaamisaikaa on 8. 6 . 2012 saakka.

Kysely toteutetaan yhteistyössä Itä-Suomen yliopiston, HUS:n ja medisiinisen tulosityksikön potilasturvallisuudesta vastaavien henkilöiden kanssa. Tutkimusryhmään kuuluvat professori, TtT Hannele Turunen, tulosityksikön johtaja, professori Markku Nieminen, hallintoylihoitaja, TtT Kaarina Torppa, hallintoylilääkäri, LT, OTT Lasse Lehtonen, kehittämisspäälikkö, TtT Kristiina Juntila sekä yliopistonlehtori, TtT Pirjo Partanen sekä TtM Kirsi Huttunen. Tutkimukselle on Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettisen toimikunnan puolto ja tutkimuslupa medisiinisestä tulosityksiköstä.

Tutkimuksen vastaava tutkija on professori Hannele Turunen Itä-Suomen yliopistosta. Tutkimuksen käytännön toteuttamisen vastuuhenkilö Medisiinisessä tulosityksikössä on va. laatupäälikkö Kirsi Huttunen (yhteystiedot alla). He vastaavat mielellään tutkimukseen liittyviin lisäkysymyksiin.

Professori Hannele Turunen  
Itä-Suomen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
hannele.turunen@uef.fi

Tulosityksikön johtaja  
Markku Nieminen  
Hyks, Medisiininen tulosityksikkö  
markku.nieminen@hus.fi

Va. laatupäälikkö Kirsi Huttunen  
Hyks, Medisiininen tulosityksikkö  
kirsi.huttunen@hus.fi

POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI -KYSELY MEDISIINISEN TULOS-  
YKSIKÖN HENKILÖKUNNALLE**Ohjeet**

Tässä kyselyssä selvitetään mielipiteitäsi potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista, hoidossa tapahtuvista poikkeamista ja niiden raportoinnista. Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa 10-15 minuuttia ja se on tehtävä yhtäjaksoisesti alusta loppuun. Tietoihin ei voi myöhemmin palata täydentääkseen niitä. Vastaa klikkaamalla hiirellä mielipidettäsi parhaiten vastaavaa ympyrää, valitse pudotusvalikosta vaihtoehto tai kirjoita vastaus. Kun olet vastannut kysymyksiin, paina Lähetä-painiketta, jolloin vastauksesi tallentuu ja lähtee eteenpäin.

- **Vaaratapahtumalla** tarkoitetaan potilaan turvallisuuden vaarantavaa tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle.
- **Potilasturvallisuus** on perusta hoidon laadulle ja sillä tarkoitetaan terveydenhuollon henkilöstön ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus sekä suojataan potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta turvallisuus tarkoittaa sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa.

1) Sukupuoli:

2) Ikä (vuosina):

3) Sairaala:

4) Yksikkö:

- ☐ Vuodeosasto
- ☐ Ajanvarauspoliklinikka
- ☐ Päivystyspoliklinikka
- ☐ Päivä-/viikkosairaala
- ☐ Toimenpide-/tutkimusyksikkö
- ☐ Tehostetun hoidon yksikkö
- ☐ Kuntoutustoiminta
- ☐ Monia yksiköitä/ei voi nimetä yhtä
- ☒ Muu, mikä (esim. hallinto)?

5) Ammattiryhmä:

- ☐ Lääkäri
- ☐ Lääkärijohtaja (esim. ylilääkäri)
- ☐ Hoitotyön johtaja (ylihoitaja, osastonhoitaja)
- ☐ Sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, apulaisosastonhoitaja

- ☐ Fysioterapeutti, röntgenhoitaja, laboratoriohoitaja, kuntoutusohjaaja
- ☐ Perus/lähihoitaja, lääkintävahtimestari
- ☐ Tutkimushenkilöstö
- ☐ Toimistohenkilöstö (esim. osastonsihtööri)
- ☐ Muu, mikä?

6) Työkokemus (vuosina) nykyisessä työyksikössä:

7) Työkokemus (vuosina) tässä sairaalassa:

8) Työkokemus (vuosina) nykyisessä ammatissa:

9) Työsuhteen muoto:

10) Pääasiallinen työaika-työmuoto:

11) Miten hyväksi arvioit potilasturvallisuuden tason työyksikössäsi tai alueella, jossa työskentelet: (4-10; 4=huonoin, 10=paras)



12) Oletko tavallisesti välittömässä vuorovaikutuksessa tai kontaktissa potilaiden kanssa?

13) Millaiseksi arvioit ammatillisen osaamisesi päivittämisen ja kehittämisen mahdollisuudet?

14) Olen tutustunut HUS:n potilasturvallisuussuunnitelmaan  
Kyllä/ ei

15) Ole hyvä ja valitse, missä määrin olet samaa mieltä tai eri mieltä seuraavista väittämistä, kun ajattelet omaa yksikköäsi tai aluettasi.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Vaikea sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Henkilöt tukevat toinen toisiaan tässä yksikössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärään nähden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun on tehtävä paljon työtä nopeasti, työskentelemme yhdessä tiiminä, jotta saamme työt tehdyksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössämme työntekijät kohtelevat toinen toisiaan kunnioittaen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökunta tekee tässä yksikössä pidempiä työvuoroja kuin olisi parasta potilashoidon kannalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimimme aktiivisesti parantaaksemme potilasturvallisuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käytämme enemmän tilapäistyövoimaa kuin olisi parasta potilashoidon kannalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökunta kokee, että heidän virheensä kääntyvät heitä vastaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Virheet ovat täällä johtaneet myönteisiin muutoksiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On vain sattuma, ettei täällä satu vakavampia virheitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun jollain alueella tässä yksikössä on hyvin kiireistä, toiset auttavat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun vaaratapahtuma on raportoitu, tuntuu että se kohdistuu henkilöön eikä itse ongelmaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tehtyämme muutoksia parantaaksemme potilasturvallisuutta, arvioimme niiden vaikuttavuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työskentelemme kuin 'viimeistä päivää' yrittäessämme tehdä liian paljon, liian nopeasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilasturvallisuutta ei koskaan vaaranneta sen vuoksi, että saataisiin enemmän töitä tehdyksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökuntaa huolestuttaa, että heidän tekemänsä virheet näkyvät heidän henki-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

lökohtaisissa tiedoissaan

Yksikössämme on potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Toimintaprosessimme ja järjestelmämme estävät hyvin poikkeamien synnyn ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16) Ole hyvä ja valitse, missä määrin olet samaa mieltä tai eri mieltä seuraavista väittämistä, kun ajattelet lähijohtajaasi tai henkilöä, jolle olet raportointivastuussa.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Vaikea sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Esimieheni antaa myönteistä palautetta, kun hän huomaa, että työ on tehty potilasturvallisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esimieheni ottaa vakavasti henkilökunnan ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun syntyy työpainetta, esimieheni haluaa meidän työskentelevän nopeammin, vaikka se merkitsisi toiminnassa lipsumista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esimieheni jättää huomioimatta potilasturvallisuusongelmia niiden toistumisesta huolimatta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17) Kuinka usein seuraavia asioita tapahtuu työyksikössäsi/-alueellasi?

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Jatkuvasti
Saamme palautetta vaaratapahtumaraporttien pohjalta tehdyistä muutoksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökunta nostaa keskusteluun asiat, jotka voisivat vaarantaa potilashoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meille tiedotetaan yksikössämme sattuneista vaaratapahtumista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökunta kokee voivansa vapaasti kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keskustelemme yksikössämme toimintatavoista, joilla estämme vaaratapahtumien toistumisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökunta ei rohkene kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18) Kun työyksikössäsi/-alueellasi tapahtuu seuraavia virheitä, miten usein ne raportoidaan?

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Jatk
Kun on tehty virhe, mutta se on havaittu ja korjattu ennen kuin sillä oli vaikutuksia potilaaseen, miten usein se raportoidaan?(esim. väärä lääke jaettu tarjottimelle, mutta se huomattiin ja vaihdettiin oikeaksi ennen kuin annettiin potilaalle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun on tehty virhe, jonka ei ole mahdollista aiheuttaa vahinkoa potilaalle, miten usein se raportoidaan?(esim. antaessaan oikean lääkkeen potilaalle, antaa virheellistä tietoa lääkkeen vaikutuksista)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun on tehty virhe, joka voisi vahingoittaa potilasta, vaikei sillä kertaa vahingoittanut, miten usein se raportoidaan?(esim. potilas sai väärän lääkkeen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19) Ole hyvä ja valitse, missä määrin olet samaa mieltä tai eri mieltä seuraavista väittämistä, kun ajattelet Medisiinistä tulosityksikköä.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Vaikea sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Medisiinisen tulosityksikön johto mahdollistaa potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medisiinisen tulosityksikön eri yksiköt eivät toimi hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asioita 'katoaa tai jää hoitamatta', kun potilaita siirretään yksiköstä toiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö on hyvää niiden yksiköiden kesken, joiden on toimittava yhdessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tärkeitä potilashoidon tietoja hukataan usein työvuorojen vaihtuessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medisiinisen tulosityksikön toisten yksiköiden henkilökunnan kanssa on usein epämiellyttävää työskennellä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedonvälityksessä esiintyy usein ongelmia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

eri yksiköiden välillä

Medisiinisen tulosityksikön johdon toimet osoittavat, että potilasturvallisuus on keskeinen prioriteetti

Medisiinisen tulosityksikön johto osoittaa kiinnostusta potilasturvallisuuteen ainoastaan kun vaaratapahtuma on sattunut

Medisiinisen tulosityksikön osastot työskentelevät hyvässä yhteistyössä tarjotakseen parasta hoitoa potilaille




Työvuorojen vaihtojankohdat ovat ongelmallisia potilaille tulosityksissä

20) Montako vaaratapahtumaraporttia olet täyttänyt ja lähettänyt viimeisen 12 kuukauden aikana?

Downloaded from <http://ajphaphysocpharm.sagepub.com/> at 11:06 11 September 2014

21) Ole hyvä ja kirjoita vapaasti kommentteja potilasturvallisuudesta, poikkeamista (virheet) ja niiden raportoinnista Medisiinisessä tulosityksikössä.



KIITOS

## KYSELYYN

OSALLISTUMISESTA.

<-- Edellinen